

**SÉNAT**  
**DÉBATS PARLEMENTAIRES**

**JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

DIRECTION DES JOURNAUX OFFICIELS  
26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15.  
TELEX 201176 F DIRJO PARIS



TÉLÉPHONES :  
STANDARD : (1) 40-58-75-00  
ABONNEMENTS : (1) 40-58-77-77

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1990-1991

**COMPTE RENDU INTÉGRAL**

**29<sup>e</sup> SÉANCE**

**Séance du mardi 4 juin 1991**

## SOMMAIRE

### PRÉSIDENTICE DE M. MICHEL DREYFUS-SCHMIDT

1. **Procès-verbal** (p. 1233).
2. **Dépôt du rapport d'une commission de contrôle** (p. 1233).
3. **Réforme hospitalière.** - Discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (p. 1233).

M. le président.

Discussion générale : MM. Bruno Durieux, ministre délégué à la santé ; René Teulade, président de la section des affaires sociales, en remplacement de M. Adolphe Steg, rapporteur du Conseil économique et social ; Claude Huriet, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Jean-Pierre Fourcade, président de la commission des affaires sociales.

Question préalable (p. 1243)

Motion n° 160 de Mme Hélène Luc. - MM. Paul Souffrin, Guy Penne, le rapporteur. - Rejet par scrutin public.

Discussion générale (*suite*) (p. 1248)

MM. Pierre-Christian Taittinger, Jean Madelain, Charles Descours, Henri Collard, Guy Penne, Jean Delaneau, Jean Chérioux.

Rappel au règlement (p. 1258)

MM. Emmanuel Hamel, le président.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 1258)

### PRÉSIDENTICE DE M. JEAN CHAMANT

Discussion générale (*suite*) (p. 1258)

MM. Pierre Laffitte, Gérard Roujas, Louis Minetti, Adrien Gouteyron, Henri Belcour, Roger Husson, Jacques Oudin, Louis Souvet.

MM. le ministre délégué, Jean Delaneau, le rapporteur.

Clôture de la discussion générale.

4. **Dépôt de questions orales avec débat** (p. 1275).
5. **Transmission de projets de loi** (p. 1276).
6. **Dépôt de rapports** (p. 1276).
7. **Dépôt d'un rapport d'information** (p. 1276).
8. **Ordre du jour** (p. 1276).

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENCE DE M. MICHEL DREYFUS-SCHMIDT vice-président

La séance est ouverte à seize heures.

**M. le président.** La séance est ouverte.

1

## PROCÈS-VERBAL

**M. le président.** Le procès-verbal de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation ?...

Le procès-verbal est adopté.

2

## DÉPÔT DU RAPPORT D'UNE COMMISSION DE CONTRÔLE

**M. le président.** M. le président a reçu de M. Joël Bourdin un rapport fait au nom de la commission de contrôle chargée d'examiner les modalités d'organisation et les conditions de fonctionnement du second cycle de l'enseignement public du second degré, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 13 décembre 1990.

Ce dépôt a été publié au *Journal officiel*, édition Lois et décrets, du samedi 1<sup>er</sup> juin 1991. Cette publication constitue, conformément au paragraphe III du chapitre V de l'instruction générale du bureau, le point de départ du délai de six jours nets pendant lequel la demande de constitution du Sénat en comité secret peut être formulée.

Ce rapport sera imprimé sous le numéro 348 et distribué, sauf si le Sénat, constitué en comité secret, décide, par un vote spécial, de ne pas autoriser la publication de tout ou partie du rapport.

3

## RÉFORME HOSPITALIÈRE

### Discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi (n° 309, 1990-1991) portant réforme hospitalière, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale aux termes de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, après déclaration d'urgence. [Rapport n° 337 (1990-1991).]

Avant d'ouvrir la discussion, je dois vous rappeler que M. le président a reçu de M. le président du Conseil économique et social une lettre en date du 18 février 1991 par

laquelle le Conseil économique et social demandait que, conformément aux dispositions de l'article 69 de la Constitution, M. René Teulade, président de la section des affaires sociales, puisse, pour ce texte, exposer l'avis du Conseil économique et social devant le Sénat, en remplacement de M. Adolphe Steg, rapporteur de la section des affaires sociales.

Conformément à l'article 69 de la Constitution et à l'article 42 de notre règlement, huissiers, veuillez introduire M. René Teulade.

(*M. René Teulade, rapporteur du Conseil économique et social, est introduit avec le cérémonial d'usage.*)

Je rappelle que, en application de l'article 42, alinéa 4, du règlement, le représentant du Conseil économique et social expose devant le Sénat l'avis du Conseil avant la présentation du rapport de la commission saisie au fond.

D'autre part, le représentant du Conseil économique et social a accès dans l'hémicycle pendant toute la durée de la discussion en séance publique. A la demande du président de la commission saisie au fond, la parole lui est accordée pour donner le point de vue du Conseil sur tel ou tel amendement ou sur tel ou tel point particulier de la discussion.

Dans la discussion générale, la parole est à M. le ministre.

**M. Bruno Durieux, ministre délégué à la santé.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, le système hospitalier d'aujourd'hui est l'héritier de deux réformes.

La première, inspirée par le professeur Robert Debré, a transformé les hôpitaux des villes - sièges de facultés et d'écoles de médecine - en centres hospitaliers régionaux et universitaires en leur assignant une triple mission : les soins, l'enseignement, la recherche.

La seconde, c'est la loi Boulin de 1970, qui a institué le service public hospitalier, créé le premier outil efficace de planification hospitalière - la carte sanitaire - fixé et réglé l'organisation et le fonctionnement interne du service public hospitalier dans un très grand détail.

Depuis ces deux grands textes, l'hôpital a connu une profonde mutation qui n'a épargné aucune des dimensions de son activité, qu'il s'agisse des progrès considérables de la médecine et de ses conséquences sur les pratiques médicales et soignantes ; l'évolution des comportements des malades, l'évolution des pathologies elles-mêmes sont des facteurs majeurs de transformation de l'hôpital. Ils impliquent que le cadre législatif dans lequel évolue l'hôpital soit adapté, enrichi et complété.

On a parfois mis en doute l'intérêt, l'utilité même d'une nouvelle loi portant réforme hospitalière. Permettez-moi à ce sujet de citer l'avis du professeur Steg, adopté à une très large majorité par le Conseil économique et social : « Malgré les nombreuses modifications qui lui ont été apportées, la loi du 31 décembre 1970, qui, en fait, sur bien des points, n'a pas été appliquée, apparaît, par ailleurs, dans certains domaines, inadaptée... »

« Une nouvelle approche législative est donc devenue nécessaire, qui prenne en compte les évolutions scientifiques, humaines et socio-économiques. »

Il faut donc une nouvelle loi pour l'hôpital. Cette loi est attendue par l'ensemble des professions hospitalières et nous ne devons pas les décevoir.

Ce projet de loi découle d'une analyse objective des forces et des faiblesses de notre appareil hospitalier.

Parmi les atouts dont nous bénéficions, je classe le pluralisme hospitalier.

Notre système hospitalier rassemble, à côté des hôpitaux publics, des établissements privés à but non lucratif participant au service public et des établissements privés à but lucratif.

Ce pluralisme, mesdames, messieurs les sénateurs, est une force, dans la mesure où il introduit dans le système hospitalier complémentarités et émulations. Opposer les uns aux autres relèverait d'une conception archaïque du système de soins modernes.

La frontière qui nous intéresse n'est pas seulement celle qui sépare le public du privé, mais aussi celle qui distingue les établissements de soins modernes, qui se battent pour la qualité des soins, qui s'efforcent de maîtriser les coûts et les dépenses, qui consacrent leur énergie à l'accueil des malades et de leurs familles, qui s'investissent dans leur mission sociale.

En ce sens, il est des cliniques bien gérées et d'autres qui le sont mal. Il est des hôpitaux mal gérés et d'autres qui le sont bien.

Le projet de loi qui vous est soumis affirme, confirme, explicitement, le pluralisme hospitalier et reconnaît sans ambiguïté le rôle et l'apport du secteur privé.

Je citerai à nouveau le rapport du professeur Steg : « Le Conseil économique et social note avec satisfaction que tous les établissements de soins, quel que soit leur régime juridique, peuvent être associés ou participer aux missions du service public hospitalier, selon les modalités déjà prévues par la loi du 31 décembre 1970. »

Dans ce même avis, le Conseil économique et social « se félicite de l'harmonisation des conditions d'évaluation de l'activité des établissements, du souci d'assurer la satisfaction des besoins et la participation complémentaire des établissements publics et privés dans la planification hospitalière ».

On a tenté d'accréditer la thèse selon laquelle le Gouvernement voulait asphyxier, étrangler le secteur privé lucratif. On lui a prêté les plus obscurs desseins et, parmi ceux-ci, l'intention de procéder à une nationalisation rampante de notre système de soins. La simple lecture du texte montre qu'il s'agit là d'arguments polémiques.

Faisait-on allusion au blocage du F.S.O., le forfait de salles d'opération ? Cette mesure provisoire, dont j'ai mesuré rapidement les inconvénients techniques, a été abrogée. Un accord de régulation par contrat, comme je l'avais souhaité au mois de décembre dernier, a été conclu entre le Gouvernement et un important syndicat d'établissements privés. Il permettra de moderniser des modes de tarification que tous les observateurs objectifs s'accordent à reconnaître comme inadaptés et inflationnistes.

L'ensemble des acteurs du système de santé doit concourir au freinage de la progression des dépenses de santé, les cliniques privées comme les autres, en particulier comme l'hôpital qui est soumis, pour ce qui le concerne, depuis 1979, au taux directeur des dépenses et, depuis 1983, à la dotation globale.

Il est de l'intérêt de tous, et en premier lieu des cliniques privées, que de l'ordre soit mis dans les dépenses de santé et que soit assurée une juste harmonisation des conditions d'activité des différents secteurs hospitaliers.

Le projet de loi portant réforme hospitalière assure donc, dans le respect du pluralisme, une meilleure harmonisation entre les deux secteurs, public et privé.

Ils sont tenus tous deux d'adopter des conditions techniques et de fonctionnement comparables et de concourir à la limitation des soins. Ils doivent procéder à l'évaluation de leur activité. Les cliniques devront associer leurs médecins à l'élaboration des prévisions d'activité et au fonctionnement de leurs établissements par la création d'une conférence médicale. C'est le cas des hôpitaux depuis 1970 ; ce sera, nous l'espérons, celui des cliniques privées après le vote de ce projet de loi. En effet, une clinique ne peut plus être un lieu où s'exerce l'art de travailleurs indépendants. C'est une organisation moderne au fonctionnement de laquelle les médecins doivent participer.

Tous ces principes, toutes ces dispositions figurent dans le projet de loi.

À côté du pluralisme hospitalier, l'autre atout que je veux souligner réside dans l'effort remarquable de modernisation qui a été accompli avec continuité dans les hôpitaux depuis

vingt ans. Nos discussions ne manqueront pas de mettre en évidence les difficultés que notre système hospitalier traverse. C'est normal et c'est souhaitable ; mais je forme le vœu que nous ne perdions pas de vue pour autant tout ce qui fait du système hospitalier français l'un des plus modernes et l'un des meilleurs du monde, ce qui lui vaut d'être souvent cité en exemple.

**Mme Hélène Luc.** Parce qu'il est un bon service public !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Grâce à la compétence de l'ensemble de ses personnels aussi, madame le sénateur, et à la qualité de ses équipements, la France dispose d'un système hospitalier de qualité que nous envient nombre de pays développés et qui permet à la totalité de la population d'avoir accès à des soins de très bon niveau sans aucune discrimination.

Nous pouvons être fiers de nos hôpitaux et fiers de ceux qui y consacrent leur vie professionnelle. Mais nous devons être conscients également des insuffisances et des faiblesses de notre appareil hospitalier ainsi que de la nécessité d'agir en profondeur pour assurer leur avenir.

La première de ses faiblesses tient au coût élevé des soins hospitaliers et à la progression trop rapide des dépenses. Il faut, cependant, saluer les efforts entrepris par les hôpitaux publics. Au cours des années quatre-vingt, une inflexion remarquable a été réalisée, qui place l'hôpital public parmi les secteurs du système de santé dont l'évolution a été la moins rapide. De nouveaux efforts doivent toutefois être accomplis.

L'inadaptation de l'offre hospitalière aux besoins réels de la population constitue la deuxième faiblesse. On estime à 60 000 le nombre de lits hospitaliers excédentaires. L'effort de redéploiement et de reconversion doit être poursuivi. Parallèlement, nous devons continuer à investir dans les établissements dont l'activité en hospitalisation aiguë se développe. Quant aux autres, ils devront s'adapter pour répondre, par exemple, à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, dont les besoins ne cessent de croître. Le projet de loi qui vous est présenté fournit l'outil de cette politique dans son volet essentiel, relatif à la planification hospitalière et à ses procédures.

La troisième faiblesse a trait à la rigidité de l'organisation interne de l'hôpital.

L'hôpital apparaît trop souvent, tant pour ses personnels que pour les malades, comme un monde stratifié et cloisonné. Les rapports hiérarchiques y sont parfois pesants. Trop de cloisons séparent les services entre eux et les catégories de personnels entre elles. Il faut développer le dialogue et la participation dans l'hôpital.

L'excès d'encadrement et de contrôle de la gestion des hôpitaux constitue un autre handicap. Le jeu des contraintes nombreuses et tatillonnes qui s'exercent sur l'hôpital, inspirées par un souci de limitation des dépenses, tend à se retourner contre son objectif. L'excès de réglementation et la pratique quasi systématique du contrôle *a priori* ont pour conséquence de décourager les initiatives, de diluer les responsabilités, de réduire la motivation au travail des personnels.

Comment convaincre les personnels hospitaliers de se lancer dans l'évaluation médicale et économique de leur activité, de rechercher de nouveaux gisements de productivité dans l'hôpital si, par ailleurs, toute initiative, toute innovation doivent passer par des cascades d'autorisations et de contrôles administratifs *a priori* ?

Le besoin d'une autonomie accrue est, à juste titre, profondément ressenti dans l'hôpital. Le texte qui vous est soumis s'engage clairement dans cette voie. Il ne s'agit pas, pour autant, de renoncer aux disciplines indispensables, en particulier d'abandonner le principe du taux directeur et de l'enveloppe globale hospitaliers.

Le développement de l'autonomie des hôpitaux exige la mise en place effective et généralisée du système de connaissance et d'évaluation de l'activité médicale, ainsi que des coûts financiers de celle-ci. Or, dans ce domaine aussi, nos hôpitaux présentent de très sérieuses insuffisances, en dépit des nombreux textes et circulaires publiés dans le passé.

Un effort décisif doit être engagé pour rendre plus transparente l'activité des hôpitaux et pour les doter des outils de gestion indispensables. C'est à ce prix que nous pourrions

rendre plus efficace, plus juste et plus équitable l'attribution des ressources entre les hôpitaux et proposer de nouveaux assouplissements des contraintes qui pèsent sur la gestion hospitalière.

Je ne peux achever l'examen des problèmes de nos hôpitaux sans évoquer les difficultés que rencontrent certains personnels hospitaliers ; je pense, notamment, aux infirmières et aux praticiens hospitaliers.

**Mme Hélène Luc.** D'ailleurs, ils feront grève vendredi !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Certes, ces difficultés ne relèvent pas du champ de la loi. Je me bornerai donc à une observation de bon sens qui, en fait, a une portée générale pour le système hospitalier : l'insuffisance des ressources dont les hôpitaux peuvent disposer est, pour partie, à l'origine de ces différents problèmes.

Les ressources des hôpitaux sont limitées, car celles de l'assurance maladie le sont. Il existe cependant deux voies qui permettent de desserrer cette contrainte : la voie de la reconversion et du redéploiement hospitalier, pour réduire les charges inutiles et obtenir ainsi des moyens nouveaux, la voie de l'évaluation médicale et économique, condition de la mise en évidence de nouveaux gisements d'économie, source de ressources nouvelles.

Mesdames et messieurs les sénateurs, ces analyses ne nous ont pas éloignés de la loi hospitalière. Elles en constituent la justification, comme le montrent ses dispositions que je vais maintenant exposer brièvement.

La première concerne la planification. La carte sanitaire qui avait été instaurée par la loi hospitalière de 1970 conserve sa fonction d'encadrement quantitatif de l'offre de soins. Elle concerne les grandes disciplines traditionnelles, mais également les équipements médicaux lourds et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

Pour compléter cette carte sanitaire, un schéma d'organisation sanitaire détermine les installations et les activités de soins nécessaires pour assurer une satisfaction optimale des besoins de santé de la population. Si la carte sanitaire a une portée quantitative, le schéma d'organisation a une portée qualitative : il a pour objectif de déterminer le volume d'activité sanitaire nécessaire pour assurer la prise en charge des malades.

Le schéma permettra une organisation du parc hospitalier sur la base d'une logique médicale intégrant les filières de soins et les nouvelles modalités de prise en charge des patients, notamment les alternatives à l'hospitalisation.

Le schéma et l'annexe au schéma, qui, elle, n'est pas opposable, seront le fruit d'une large concertation avec les différents acteurs de la vie hospitalière que sont les professionnels, les élus et les représentants des usagers. Cette concertation s'effectuera par l'intermédiaire des comités d'organisation sanitaire et sociale et des conférences interhospitalières de secteur.

Je signale que le Gouvernement, sur ce sujet comme sur bien d'autres, a suivi les recommandations du Conseil économique et social.

Cette organisation favorisera la conclusion de contrats d'objectifs entre l'Etat, l'assurance maladie - nous souhaitons la voir davantage associée à la politique hospitalière - et les hôpitaux. Elle assure une cohérence entre les projets d'établissement, expression des hôpitaux, et le contenu du schéma d'organisation sanitaire qui intègre de véritables objectifs de santé publique.

Le régime des autorisations est identique dans le secteur public et dans le secteur privé. Il concerne les créations d'établissement, les équipements en matériels lourds, les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Il vise aussi - c'est une innovation importante du projet de loi - la mise en œuvre ou l'extension de certaines activités de soins.

Ce régime des autorisations s'accompagne de garanties nouvelles offertes aux établissements. La durée de validité de ces autorisations ne sera pas inférieure à la durée d'amortissement des investissements nécessaires. Enfin, cette procédure d'autorisation concernera non seulement les créations nouvelles, mais également l'ensemble des activités et équipements existants. Elle se fondera, bien entendu, sur une évaluation médicale et économique des activités de soins.

On a dit de cette conception de la planification qu'elle constituait une forme de centralisation rampante. Mesdames, messieurs les sénateurs, alors que chacun se préoccupe du niveau et de l'évolution des dépenses hospitalières, alors que chacun est conscient que l'hôpital ne peut être purement et simplement soumis aux lois régulatrices du marché, qui peut contester la nécessité impérieuse d'une planification hospitalière ?

Je citerai à nouveau M. le professeur Steg : « Notre assemblée » - il s'agit du Conseil économique et social - « est favorable au principe de la planification sanitaire et se félicite des principaux axes directeurs du système prévu par le projet de loi. » Il ajoute plus loin : « L'Etat doit, en effet, jouer son rôle de régulateur. »

Est-ce une loi centralisatrice ? La réponse est non. Je ferai observer que le projet de loi consacre le niveau régional comme base principale de planification sanitaire. L'échelon régional est le centre de la politique hospitalière c'est à l'échelon régional que sera élaborée la politique hospitalière, c'est à l'échelon régional qu'elle sera exécutée.

La planification hospitalière rénovée qui vous est proposée combine un mouvement cohérent de déconcentration et de décentralisation. Elle franchit un pas décisif vers la régionalisation souhaitable de la politique de santé.

Deuxième axe majeur de ce projet de loi : le dialogue et la concertation.

Le service de soins infirmiers, très attendu par le personnel soignant, le projet de service et le comité technique d'établissement sont autant de marques de la volonté du Gouvernement de permettre aux personnels hospitaliers médicaux et non médicaux de faire valoir leurs points de vue tant dans les choix stratégiques que dans l'organisation et le fonctionnement quotidien de l'hôpital.

Le personnel médical hospitalier verra sa participation aux décisions accrue et sa responsabilité confirmée par une nouvelle organisation médicale autour des unités fonctionnelles, structure de base pour la dispensation des soins.

Au sujet de l'organisation médicale des établissements, le texte que nous allons discuter a été précisé et enrichi au cours des débats à l'Assemblée nationale. Il fallait opérer, en effet, une distinction claire entre les services et les départements.

Dans le texte qui vous est proposé, le service est un regroupement d'unités fonctionnelles de même discipline. Il peut, le cas échéant, comporter une seule unité fonctionnelle. Le département, lui, est un regroupement d'au moins trois unités fonctionnelles. Le chef de service est nommé par le ministre, le chef de département l'étant par le conseil d'administration après avis de la commission médicale d'établissement. Ainsi, les services et les départements correspondent-ils à des considérations médicales logiques, cohérentes et bien identifiées.

Tel est le mode d'organisation que le Gouvernement propose sur les hôpitaux. Cependant, il est évident qu'il ne peut exister de modèles uniques d'organisation applicables à nos 1 000 hôpitaux. Ils ont chacun leurs particularités, leurs équipes médicales, leur fonctionnement médical, sociologique, démographique. C'est pourquoi, si l'organisation que je viens de décrire ne convient pas à tel ou tel hôpital, son conseil d'administration pourra opter pour une autre organisation, à son libre choix, pourvu que les praticiens de l'hôpital le souhaitent.

Mesdames, messieurs les sénateurs, par cette disposition, le Gouvernement offre, en fait, à tous les hôpitaux qui le souhaitent, la possibilité de décider par eux-mêmes de l'organisation et du fonctionnement médical qui leur convient. Elle s'inscrit dans la volonté, manifestée en chaque endroit du texte, d'accroître l'autonomie des hôpitaux et la décentralisation de notre système de soins. C'est, là aussi, un pas majeur.

En offrant aux hôpitaux la possibilité de choisir, sous leur responsabilité, leur propre organisation médicale, le Gouvernement montre qu'il fait confiance aux hommes, aux femmes, aux équipes, aux instances élues des hôpitaux - conseils d'administration et commissions médicales d'établissement - et à tous ceux qui vivent et connaissent les réalités quotidiennes de l'hôpital pour le diriger et assurer les meilleurs soins aux malades. Il montre qu'il a entendu l'aspiration du monde hospitalier pour davantage de décentralisation et de responsabilité.

J'ajoute que les conseils de service ou de département seront des lieux d'information et d'échanges qui permettront à l'ensemble du personnel de s'exprimer sur l'organisation et le fonctionnement de la structure de soin, ainsi que sur les conditions de travail.

Troisième axe majeur : l'évaluation, sujet sur lequel, je le sais, votre rapporteur a beaucoup investi. Le projet prévoit un développement vigoureux de l'évaluation dans toutes ses dimensions. Il vise, en outre, à expérimenter un mode de financement par pathologie. La volonté d'adapter notre système hospitalier aux besoins de la population et d'accroître la liberté et l'autonomie des hôpitaux resterait, en effet, lettre morte si nous ne franchissions pas une étape décisive dans l'évaluation.

Nous avons le devoir d'évaluer les équipes, les hommes, la gestion et donc la qualité des soins. Cette évaluation sera médicale, mais aussi économique. Elle concernera les fonctions, les centres de responsabilité et les pathologies. L'évaluation est une condition fondamentale du succès de la réforme hospitalière.

Quatrième axe : l'autonomie. La loi offre plus de libertés et plus de responsabilités aux hôpitaux. La tutelle *a priori* est supprimée dans des domaines significatifs comme la gestion des emplois et des emprunts ou la passation des marchés. Le contrôle *a priori* est désormais limité : il ne porte que sur le budget, la politique d'investissement et la conformité du projet d'établissement à la restructuration de l'offre de soins.

Les hôpitaux auront aussi la possibilité de placer leurs fonds, de passer convention avec des organismes publics ou privés, de créer des groupements d'intérêt public, ainsi que des groupements d'intérêt économique. Ils pourront, en outre, exploiter des brevets. J'ajoute que le principe de l'intéressement, intéressement collectif, est posé pour l'hôpital.

Enfin, la responsabilité des établissements sera renforcée par la mise en œuvre d'une vraie démarche stratégique, grâce au projet d'établissement, véritable plan d'entreprise pluriannuel définissant les objectifs poursuivis par l'hôpital dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, de la formation et du système d'information médico-économique.

Mesdames, messieurs les sénateurs, ce projet de loi n'a pas, bien entendu, la prétention d'épuiser le sujet de l'hôpital, sujet, ô combien ! complexe.

Il ne prétend pas davantage régler, une fois pour toutes, tous les problèmes.

Il ne prétend pas non plus couler dans un moule unique, préconçu, l'hôpital du XXI<sup>e</sup> siècle. Celui-ci sera ce que les hommes et les femmes qui y consacrent leur vie et leur conscience professionnelle en feront.

Loi de bon sens, loi d'équilibre, loi d'étape, elle donne à l'hôpital public et à l'ensemble du système hospitalier les moyens de faire face aux défis de demain.

Loi cohérente, elle consacre l'autonomie et le pluralisme dans nos hôpitaux, dans l'intérêt des malades afin d'assurer à chacun l'accès à des soins de qualité.

Avant d'achever mon intervention, je tiens, mesdames, messieurs les sénateurs, à exprimer des remerciements.

J'aimerais, tout d'abord, remercier le Conseil économique et social, son rapporteur et son représentant, souvent cités ici, pour l'objectivité et la qualité du travail qu'ils ont accompli.

Je voudrais également remercier tous ceux qui, parlementaires de toute tendance politique, non parlementaires, membres du corps médical, personnels hospitaliers, experts des questions hospitalières, ont consacré leur temps pour examiner ce texte et donner des conseils utiles.

Je tiens encore à saluer le travail accompli par la commission des affaires sociales du Sénat, son président et le rapporteur du projet de loi, ainsi que les membres de la commission.

Je sais, mesdames, messieurs les sénateurs, que l'objectivité et l'esprit constructif qui vous animent, l'attachement que vous avez pour l'hôpital, permettront d'enrichir le texte que je vous présente au nom du Gouvernement.

Le Gouvernement, pour sa part, est ouvert à toutes les propositions d'amélioration de son projet. Il a, vous le savez, tenu le plus grand compte des suggestions du Conseil économique et social. Il a également accepté de nombreux amende-

ments au cours des débats à l'Assemblée nationale. Il ne cherche pas, avec ce texte, à livrer une bataille politique ou idéologique.

**M. Charles Descours.** Et le 49-3 ?

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Tel ne doit pas être l'enjeu de nos débats.

Le seul succès qui l'intéresse est celui de l'hôpital, symbole séculaire de la solidarité que notre société témoigne à l'égard des malades et de tous ceux qui souffrent. (*Applaudissements sur les travées socialistes, ainsi que sur certaines travées de l'union centriste.*)

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur du Conseil économique et social.

**M. René Toulade, président de la section des affaires sociales, en remplacement de M. Adolphe Steg, rapporteur du Conseil économique et social.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mesdames, messieurs les sénateurs, le Conseil économique et social a été saisi par le Gouvernement du projet de loi portant réforme hospitalière. L'avis du Conseil a été adopté le 14 novembre 1990 par 168 voix, contre 12 et une abstention.

C'est donc cet avis qu'en tant que président de la section des affaires sociales du Conseil économique et social j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui, notre rapporteur, M. le professeur Steg, étant en déplacement à l'étranger. Toutefois, il a pu être entendu par la commission des affaires sociales du Sénat le 16 avril dernier. Permettez-moi, tout d'abord, de vous remercier, au nom de la section que je préside, de votre invitation à vous exposer le fruit de nos réflexions.

Trente ans après la réforme Debré instituant les centres hospitalo-universitaires, vingt ans après la loi hospitalière, on peut constater que l'hôpital public a subi une spectaculaire transformation. Il est devenu un formidable vecteur de progrès social, de progrès médical et un outil tout à fait performant pour l'élite médicale au service de la population.

Parallèlement, le système d'hospitalisation privée, grâce à sa souplesse de gestion, s'est aussi considérablement modernisé et a pris une place très importante dans le tissu sanitaire français.

Cependant, la loi du 31 décembre 1970 apparaît - M. le ministre l'a souligné tout à l'heure et c'est aussi l'avis du Conseil économique et social - inadaptée dans certains domaines. Donc, une nouvelle approche législative était nécessaire.

En trente ans, les fabuleux progrès de la médecine ont transformé les hôpitaux en des sortes d'instituts de soins, centrés sur un plateau technique futuriste. Dans le même temps, et par un de ces mouvements dont l'Histoire a le secret, les hôpitaux publics sont redevenus des maisons-Dieu, le lieu d'accueil de toutes les misères.

Ainsi, de façon paradoxale, la médecine hospitalière qui est devenue de plus en plus technique, et dont on pouvait craindre qu'elle n'induisse une certaine déshumanisation, exige, au contraire, de la part du personnel soignant, un investissement humain de plus en plus important, qui mérite d'être reconnu, souligné et valorisé et qui doit conduire à une vigilante attention sur les conditions de travail et de rémunération de ce personnel.

Dans le cadre qui lui était imparti, il n'a pas été possible évidemment au Conseil économique et social de procéder à un examen détaillé de tous les articles du texte.

L'avis a porté essentiellement sur une analyse des quatre grands chapitres du projet de loi, à savoir les missions des établissements, la planification sanitaire, l'organisation des structures de soins et le fonctionnement médical, enfin, le statut et le financement des établissements.

Il est bien évident que, depuis, la concertation s'est poursuivie et qu'ont été apportées au texte du projet de loi des modifications dont, à l'époque, nous n'avions pas connaissance.

Examinons, tout d'abord, les missions des établissements d'hospitalisation. Dans ce domaine, le projet de loi donne à l'analyse de l'activité et à l'évaluation de la qualité de soins le caractère d'un principe de base pour le fonctionnement de l'ensemble des établissements.

Cette évolution vers la responsabilisation des prescripteurs, à laquelle le Conseil économique et social est très attaché, apparaît, avec la rationalisation de l'offre de soins, comme la meilleure voie possible pour s'acheminer vers une nécessaire maîtrise des dépenses de santé.

Le projet de loi traduit incontestablement un souci d'ouverture de l'hôpital sur l'ensemble du système de soins.

Toutefois, compte tenu de l'importance que prennent et prendront, dans l'avenir, les alternatives à l'hospitalisation, le Conseil économique et social aurait souhaité, d'une part, qu'elles figurent parmi les missions de l'ensemble des établissements de soins, d'autre part, que l'ensemble des alternatives soient visées, les soins coordonnés tels qu'ils sont prévus dans le projet, mais aussi l'hospitalisation à domicile, l'hospitalisation de jour, particulièrement la chirurgie ambulatoire.

Ces alternatives méritent d'être développées, mais sans exclusive, dans le respect des garanties financières, de formation du personnel et des tarifications.

S'agissant de l'organisation et de la planification sanitaire, notre assemblée est favorable au principe de la planification sanitaire et aux principaux axes directeurs du système prévus par le projet de loi, notamment la reconnaissance du niveau régional comme base principale de planification sanitaire.

Toutefois, elle appelle l'attention sur les risques de disparité supplémentaires entre les régions que peut introduire une planification régionale.

En revanche, le Conseil économique et social avait exprimé de très sérieuses réserves sur le dispositif prévu, en particulier sur l'annexe au schéma d'organisation sanitaire, qui risquait d'être très contraignant et de constituer un frein, sinon une entrave, à l'innovation et à l'adaptation des établissements. Le texte du projet de loi précise désormais le caractère indicatif de ce document.

S'agissant de la composition des comités régionaux d'organisation sanitaire et sociale, les organismes d'assurance maladie, selon nous, devraient y figurer comme partenaires à part entière et distincts de l'Etat, leur rôle dans la planification sanitaire devant être déterminant.

Par bien des aspects, la planification sanitaire apparaît surtout comme une programmation quantitative de l'offre de soins fondée sur la gestion de l'existant.

Dans une perspective plus dynamique, il conviendrait de planifier, par pathologie, la manière de répondre aux besoins de la population plutôt que la nature et la répartition des moyens pour y parvenir.

Dans ces conditions, il faudrait lier de manière plus étroite les créations, les regroupements, les transformations d'installations et d'unités de soins à l'évaluation et au contrôle du service rendu au malade.

Le comité régional d'organisation sanitaire et sociale devrait donc avoir pour rôle non seulement de recenser les besoins et d'organiser leur satisfaction, mais aussi de contrôler et d'évaluer la manière dont les établissements répondent aux objectifs fixés par la carte sanitaire.

Sur la planification, le projet de loi appelle, de la part du Conseil économique et social, cinq remarques principales.

La première concerne la place des centres hospitaliers régionaux et universitaires. Bien que la spécificité des centres hospitaliers régionaux et universitaires soit clairement affirmée dans le projet de loi, les procédures prévues pour l'équipement sanitaire ne les différencient pas des autres centres hospitaliers.

Or, il est clair que leur zone d'influence déborde largement le cadre régional. Il semble donc au Conseil économique et social que, pour les équipements lourds, devraient être prévues des règles de planification différentes pour les C.H.R. et les C.H.U., règles qui ne peuvent être appréciées, selon nous, qu'au niveau national.

La deuxième remarque a trait aux autorisations d'activités et d'équipements, qui sont, selon le projet de loi, délivrées pour une durée déterminée. Cette disposition est également étendue au conventionnement par la sécurité sociale des cliniques privées.

Il est tout à fait compréhensible que ces autorisations ne soient pas délivrées *ad vitam æternam*. Néanmoins, cette notion de durée déterminée risque de constituer un facteur de précarité pour les établissements et peut se révéler être un frein aux investissements, à la modernisation et à l'innovation, donc être contraire, en définitive, à l'intérêt du malade.

Cette disposition constitue également un grave facteur d'insécurité pour le personnel. Aussi a-t-il paru au Conseil économique et social souhaitable de lui substituer la notion de révision périodique des situations.

Un mécanisme de ce type était prévu d'ailleurs par la loi du 31 décembre 1970. Il pourrait être étendu à l'ensemble des établissements, sous réserve des aménagements nécessaires concernant, notamment, la fixation d'un délai raisonnable lorsqu'il y a suppression d'activité.

Par ailleurs, la reconversion ou le regroupement de lits ou de services, voire d'établissements, devrait s'accompagner d'incitations valorisantes, qui, en cas de fermeture, pourraient être financières.

Troisième observation, la procédure administrative qui préside aux décisions d'autorisation et d'approbation apparaît trop bureaucratique.

Le Conseil économique et social souhaiterait donc qu'une phase de concertation soit incluse dans la procédure.

Bien plus, notre assemblée est convaincue qu'une instance de médiation et de conciliation devrait être prévue par la loi.

La quatrième remarque porte sur la notion d'évaluation qui traverse tout le projet de loi et devient l'un des éléments clés de la prise de décision par les instances, en ce qui concerne tant les personnes que les moyens attribués. L'évaluation n'est concevable que si son objectif a pour finalité première l'amélioration de la qualité des soins.

Cette recherche d'amélioration qualitative doit évidemment intégrer la rationalisation des coûts, mais dans l'objectif d'améliorer la performance au moindre coût et non pas de rechercher le moindre coût aux dépens de la performance. Cependant, tous les experts s'accordent pour reconnaître les graves insuffisances du système actuel d'évaluation, sur les plans tant conceptuels, matériels qu'humains.

Ainsi, le Conseil économique et social suggère quatre mesures : tout d'abord, accroître le rôle de l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale et lui donner les moyens appropriés pour développer ses recherches et lui permettre de définir la méthodologie et les règles claires de l'évaluation ; ensuite, créer, dans chaque région, auprès du comité régional d'organisation sanitaire et sociale, une commission régionale de l'évaluation médicale des établissements, naturellement constituée en large majorité de médecins, tant il est capital que l'évaluation se déroule dans le respect des règles d'éthique et de déontologie médicales - ce point a d'ailleurs été repris dans le projet de loi ; par ailleurs, développer au maximum les expérimentations sur le terrain ; enfin, s'efforcer de mieux appréhender le jugement des usagers par des sondages réguliers et instituer, dans chaque établissement, un médiateur pour traiter les plaintes des usagers résultant de l'activité médicale.

J'en viens à la dernière remarque, qui intéresse la maîtrise des dépenses.

L'un des objectifs essentiels du projet de loi est de tenter de maîtriser les dépenses hospitalières. Toutefois, cette maîtrise ne peut ambitionner, en fait, qu'à diminuer l'accélération de la croissance des dépenses car le progrès médical et l'élargissement de son champ d'application exigent, nous le savons bien, toujours plus de moyens.

Cet effort devra être accru si l'on veut affronter ce phénomène majeur de notre société pour les années à venir qu'est l'accroissement prévisible du nombre des personnes âgées dépendantes. Le projet de loi prévoit que les soins de longue durée continuent de relever de l'assurance maladie. Par contre, il reconduit un mode de tarification fort contestable en termes de justice sociale. Or il apparaît au Conseil économique et social plus juste et plus conforme à la réalité d'harmoniser les prises en charge quelles que soient les structures d'accueil.

Concernant l'organisation des structures de soins, le Conseil économique et social relève avec satisfaction le souci exprimé dans le projet de loi : d'une part, de laisser aux instances décisionnelles des établissements une souplesse dans le choix du mode d'organisation d'activités de soins ; d'autre part, de favoriser la participation accrue de l'ensemble du personnel à la vie de l'établissement, notamment par la création d'un comité technique d'établissement, expression des salariés, d'un conseil des services et d'un collège de soins infirmiers. Ce collège, outre le personnel infirmier, devrait assurer une représentation des autres personnels participant aux soins infirmiers.

En revanche, le Conseil économique et social considère que le schéma d'organisation interne proposé manque de clarté et, par certains de ses aspects, risque d'être source de dysfonctionnements et de confusion.

C'était en particulier le cas avec la création de deux structures identiques, le département et le service, qui ne différaient que par le mode de désignation du responsable - conseil d'administration pour le département et ministre pour le service. Cette solution comportait le sérieux inconvénient d'introduire une filière de nomination et, donc, une légitimité différente pour des responsables de structures identiques et pouvait, de ce fait, engendrer des conflits. Ce point a été modifié, et c'est heureux.

Dans le même ordre d'idée, le Conseil économique et social s'interroge sur le nouveau statut des unités fonctionnelles, qui risquent d'engendrer un plus grand fractionnement des services. Aussi conviendrait-il de préciser qu'elles sont créées à la demande du chef de service et que les responsables sont nommés par lui, avec l'accord du conseil d'administration.

On comprend qu'il soit important d'assurer une plus grande responsabilité médicale directe aux praticiens hospitaliers non chefs de service. Mais il serait illusoire de considérer qu'une telle mesure serait efficace si elle n'était pas complétée par la nécessaire et importante revalorisation des rémunérations. Ajoutons que c'est également vrai pour les infirmières.

Si la création d'une instance de concertation médicale dans les établissements privés apparaît effectivement nécessaire en ce qu'elle consacre la notion de corps médical exerçant dans l'établissement, il n'était pas souhaitable de donner à ce dernier le pouvoir d'établir, conjointement avec la direction, les prévisions annuelles d'activité.

A propos du statut des établissements, le Conseil économique et social considère que l'une des dispositions intéressantes de ce projet de loi est la création « des établissements publics de santé, personnes morales dotées de l'autonomie administrative et financière ». Malheureusement, ce statut n'est pas clairement défini, caractérisé, alors que, pourtant, il paraît être du domaine de la loi.

S'agissant des établissements privés sans but lucratif participant au service public hospitalier, on peut regretter que soient fixées seulement par décret les conditions d'organisation et de fonctionnement auxquelles ils doivent se soumettre, car il s'agit de dispositions fort importantes pouvant remettre en cause le caractère privé du statut de ces établissements.

Le Conseil économique et social exprime sa satisfaction devant plusieurs innovations du projet de loi.

Ainsi le projet d'établissement est-il particulièrement intéressant d'autant qu'il est pluriannuel.

Par ailleurs, le calendrier et les délais fixés pour l'ensemble des opérations budgétaires devraient accroître les chances pour les établissements de disposer d'un budget approuvé au début d'un nouvel exercice.

Mais la possibilité qui serait offerte aux établissements de dégager des recettes en assurant des prestations de services et en exploitant des brevets et des licences - ils pourraient leur apporter un surcroît appréciable de ressources et leur valoir des autorisations de dépenses supplémentaires non encadrées - est également intéressante.

Enfin, la possibilité qui serait offerte aux établissements d'expérimenter l'élaboration et l'exécution d'un budget négocié par objectif, tenant compte notamment des pathologies prises en charge, est également digne d'intérêt.

Sur le financement des établissements, plusieurs dispositions du projet de loi vont dans le sens d'une amélioration de la transparence dans la connaissance des dépenses de santé, en particulier l'élaboration par l'Etat et les organismes d'assurance maladie d'un rapport régional annuel sur le montant total des dépenses d'assurance maladie. Le Conseil économique et social souhaiterait toutefois que cette pratique soit considérée comme une étape vers une négociation régionale des dépenses d'hospitalisation qui permettrait aux organismes d'assurance maladie de développer, avec les établissements et leur autorité de tutelle, de véritables relations contractuelles.

Toutefois, l'examen des procédures budgétaires prévues par la loi appelle, de la part du Conseil économique et social, un certain nombre de remarques.

Les mécanismes principaux du budget global semblent maintenus. La nécessité de soumettre l'approbation des budgets et la fixation ou la révision de la dotation globale aux orientations, si ce n'est aux exigences d'un schéma d'organisation sanitaire accompagné d'une annexe, nous font craindre un accroissement du pouvoir discrétionnaire de l'administration.

Le Conseil économique et social relève la place très modeste, pour ne pas dire marginale, que semblent occuper les organismes d'assurance maladie dans le processus décisionnel qui devrait commander le financement des établissements.

Le Conseil économique et social souhaiterait, enfin, que, à partir des projets d'établissements dont la conformité aux orientations des schémas d'organisations sanitaires est déjà vérifiée, une liberté d'action soit laissée aux conseils d'administration et aux directeurs pour la définition de leurs budgets et la ventilation des crédits par grands groupes de dépenses.

Enfin, le principe de la rémunération des établissements privés lucratifs ou non lucratifs ne participant pas au service public n'est pas modifié, même si le projet de loi inclut les frais d'analyse et d'examen de laboratoire dans les tarifs d'hospitalisation, leur donnant ainsi un caractère forfaitaire. Cela répond à une volonté, exprimée dans certaines dispositions du projet de loi, de mieux encadrer l'activité des cliniques dans le souci, notamment, de « rétablir un plus juste équilibre entre le service public et le secteur privé lucratif ».

Le Conseil économique et social souligne toutefois la nécessité de donner des conditions de fonctionnement et de financement adaptées aux contraintes de la nature de ces établissements, dont le rôle est loin d'être négligeable puisqu'ils représentent 22 p. 100 des journées d'hospitalisation et 17 p. 100 des dépenses de médecine hospitalière à la charge de l'assurance maladie du régime général.

Ainsi, mesdames, messieurs les sénateurs, au terme de cette réflexion, le Conseil économique et social souhaite avoir contribué, par ses suggestions, à cette nécessaire réforme hospitalière qui paraît être tout à fait importante. (*Applaudissements.*)

**M. le président.** Avant de donner la parole à M. le rapporteur, vous me permettez, mes chers collègues, de vous rappeler que trois commissions sont actuellement réunies : la commission des affaires économiques et du Plan, la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation, ainsi que la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Claude Huriet, rapporteur de la commission des affaires sociales.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, après notre collègue Jean Chérioux en 1983, puis notre collègue Charles Descours en 1987, j'ai, en cette année 1991, l'honneur de rapporter un nouveau projet de loi portant réforme hospitalière. Tout se passe comme si les textes intéressant l'hôpital étaient frappés par la règle de la déchéance quadriennale !

Compte tenu de l'importance du dispositif qu'il nous faut examiner et du nombre d'amendements qui ont été déposés, j'ai choisi, dans mon intervention, de m'en tenir à la réponse aux trois questions qu'appelle ce texte. Tout d'abord, fallait-il une réforme hospitalière ? Ensuite, fallait-il cette réforme hospitalière ? Enfin, quelle autre réforme hospitalière fallait-il, ou plutôt quelle réforme propose, par ses amendements, la commission des affaires sociales ?

En premier lieu, fallait-il une réforme hospitalière ?

Le professeur Steg, rapporteur du projet de loi devant le Conseil économique et social, a rappelé avec force que les progrès technologiques, l'évolution des pathologies et des comportements, l'inadaptation des instruments de planification sanitaire, la dégradation des structures des établissements, le malaise de l'ensemble des personnels, tous ces phénomènes s'inscrivant dans un contexte de maîtrise des dépenses, imposaient sûrement une réforme du système hospitalier.

Je répondrai sur chacun de ces points.

L'évolution des technologies, d'abord, exerce, d'un triple point de vue, une pression forte sur l'appareil hospitalier.



La sophistication des traitements ne cesse de s'accroître et les thérapeutiques sont de moins en moins agressives ou invalidantes.

Le recours aux techniques nouvelles se développe, parce que ces techniques sont efficaces et parce que les praticiens hospitaliers atteignent un niveau croissant de spécialisation.

Ces évolutions aboutissent à une réduction sensible de la durée d'hospitalisation et exercent donc des effets structurants sur un parc hospitalier dont chacun s'accorde désormais à reconnaître la surcapacité en moyens d'accueil et l'excédent du nombre de lits.

L'évolution des pathologies et des comportements des malades exerce, au moins à trois titres, une influence prépondérante.

Les dépenses de santé consacrées aux seules personnes âgées ont enregistré, au cours des années récentes, une croissance annuelle de 16 p. 100 à 23 p. 100.

Les pathologies ont elles-mêmes évolué. D'une part, les maladies infectieuses ont régressé, laissant la place à des formes nouvelles de maladies virales. D'autre part, les maladies dégénératives, dites « de civilisation », n'ont cessé de se développer.

La population exige de plus en plus de l'appareil médical et hospitalier. En outre, on assiste à une médicalisation croissante des problèmes sociaux.

L'inadaptation des instruments de planification sanitaire et de contrôle des établissements hospitaliers est incontestable.

Les instruments actuels de la planification sanitaire sont rudimentaires. Ils sont, en effet, déterminés essentiellement par une appréciation quantitative, à travers le critère du nombre de lits, lequel est de moins en moins significatif, et ne peuvent, dès lors, permettre de maîtriser le développement des technologies nouvelles ou de prendre en compte l'évolution réelle des besoins de la population.

Les tutelles multiformes, qu'elles soient mises en œuvre par les régimes d'assurance maladie ou par l'Etat, et qu'elles affectent le secteur privé ou le secteur public, sont lourdes, tatillonnes et inadaptées.

La tutelle financière s'exerce, sur les établissements publics, par la dotation globale, instrument auquel chacun reconnaît aujourd'hui des mérites, mais qui s'applique d'une manière aveugle. Le mode de tarification particulier appliqué au secteur privé provoque, quant à lui, des débats dignes des « guerres de religion » qui desservent l'ensemble de l'institution hospitalière.

Les structures des établissements publics sont dégradées, provoquant ainsi un malaise de l'ensemble des personnels.

Les règles qui s'appliquent au fonctionnement des établissements publics de santé sont inadaptées aux exigences qu'impose un mode de gestion moderne et dynamique. Certes, les hôpitaux assurent une mission de service public. Ils doivent toutefois pouvoir l'accomplir en empruntant plus aux méthodes appliquées à la gestion d'entreprise.

Une telle situation justifie en grande partie la méfiance de ceux des praticiens qui, assurant les plus hautes responsabilités médicales, ont le sentiment de ne pas recevoir la récompense que mérite leur entier dévouement à la cause des malades et des établissements.

Les jeunes praticiens hospitaliers, quant à eux, entendent jouer un rôle plus déterminant dans la vie des services au sein desquels ils exercent. Leurs statuts et leur niveau de rémunération sont médiocres. Comment expliquer autrement que 2 500 postes ne soient pas occupés par des praticiens titulaires et que 600 d'entre eux soient effectivement vacants ?

Les autres catégories de personnels, tout particulièrement les personnels paramédicaux, sont également désabusés et ont le sentiment de n'être pas reconnus. Cette crise d'identité s'est traduite, au cours des récentes années, par un malaise profond, que le rapport de la mission d'information sénatoriale, publié en 1989, avait analysé en tentant d'y apporter des réponses adéquates.

La crise de l'hôpital - il faut bien qualifier ainsi la situation actuelle - s'inscrit, enfin, dans un contexte de maîtrise des dépenses.

La consommation médicale totale a atteint, en 1990, 538 milliards de francs, soit 9 537 francs par habitant. La progression de cet agrégat est relativement stable depuis 1984

et évolue de 7 à 10 p. 100 l'an, exception faite de l'année 1987 qui, marquée par les effets du « plan Séguin », n'a enregistré qu'une progression de 5,2 p. 100.

La consommation de soins hospitaliers a atteint, pour sa part, en 1990, 253 milliards de francs, soit 4 489 francs par habitant, enregistrant, au cours de cet exercice, une forte croissance en volume, de 3,1 p. 100 contre 2 p. 100 au cours des années récentes. La part des dépenses hospitalières dans la totalité des dépenses de consommation médicale est passée de 53 p. 100 en 1980 à 47 p. 100 en 1990. Cette diminution tient autant, pour les raisons médicales et épidémiologiques que j'évoquais tout à l'heure, à des transferts de soins vers la médecine ambulatoire qu'aux effets de la dotation globale.

Ces chiffres ne doivent cependant pas effrayer par leur importance. Le niveau des dépenses de santé varie avec le niveau de vie et, plus un pays est riche et développé, plus la part consacrée par ses habitants à la santé est élevée.

L'importance des dépenses de santé, en France, est donc d'abord la conséquence d'une élévation du niveau de vie de nos concitoyens et des modifications de comportement qu'elle induit, au même titre que les dépenses en relation avec le sport, les vacances ou la culture. Il reste toutefois que, pour un niveau comparable de P.I.B. par habitant, la France consacre aux soins 38 p. 100 de plus que le Danemark et 13 p. 100 de plus que l'Allemagne. J'ajoute que la part de la consommation médicale socialisée est passée de 1,75 p. 100 en 1950 à 6,3 p. 100 en 1988.

De l'état des lieux auquel je viens rapidement de procéder, je tire donc la conclusion de la nécessité d'une réforme qui permette de passer d'une logique de maîtrise des dépenses à une dynamique d'optimisation des moyens.

Cette observation me permet d'aborder maintenant la deuxième question soulevée par ce texte : fallait-il entreprendre la réforme proposée par le Gouvernement ?

Ainsi que je vous l'avais dit lors de votre audition publique, monsieur le ministre, les objectifs affichés par le Gouvernement emportent l'adhésion de tous ceux qui souhaitent mettre un terme à la crise de l'hôpital et au malaise de ses acteurs. Pourtant, le dispositif suscite le plus souvent, au mieux, le scepticisme et, au pire, une opposition farouche.

Je souhaiterais chercher l'explication de cela à travers un examen rapide des trois volets du texte : la planification sanitaire, le renforcement de l'autonomie et la réforme de l'organisation médicale interne des établissements publics.

Le Gouvernement a choisi de retenir l'échelon régional comme le niveau privilégié de la planification et de l'organisation sanitaires.

Tout le dispositif contribue cependant, par sa rédaction, à recentraliser la décision et à substituer à une logique affichée de planification indicative et « intelligente » un instrument rigoureux, centralisateur et, finalement, très administratif. Les établissements et les organismes d'assurance maladie sont soumis à des contraintes nouvelles, sans contrepartie, pour les uns, de liberté et, pour les autres, de participation à la gestion.

La planification repose sur la volonté d'aboutir à une meilleure « évaluation » de l'appareil de soins. Confondant, à cet égard, évaluation et analyse d'activité, qui sont deux concepts différents, sans jamais les définir, le texte ne dit rien des instruments d'évaluation ou d'analyse. Or, chacun sait, ainsi que l'a rappelé le professeur Steg, que ces instruments sont actuellement rudimentaires, comme l'ont démontré les cinq expériences régionales de planification développées au cours des deux dernières années. J'ajoute que, selon certains rapports élaborés par les grands corps de contrôle de l'Etat, les services extérieurs de l'action sanitaire et sociale, dont la qualité des hommes n'est pas en cause, ont des moyens si faibles qu'ils ne pourront pas, sans un profond aménagement du dispositif de la loi et un renforcement de leurs moyens, mettre en œuvre une planification « intelligente ».

Monsieur le ministre, nous craignons l'application trop rapide du principe tout à fait louable de l'évaluation, alors que les instruments pour le mettre en œuvre manquent, sont contestés, insuffisants ou inadaptés, et, ainsi, nous redoutons la pérennité de l'attribution de moyens financiers à des établissements, prétexte pris de l'évaluation pour « habiller » finalement des décisions préétablies.

Le régime d'autorisation, attaché à la planification, constitue quant à lui, dans l'état actuel du texte, une atteinte grave, sur de nombreux points, à l'autonomie des établissements publics, mais surtout à la liberté d'entreprendre des établissements privés.

Cette observation s'applique particulièrement au champ d'application du régime d'autorisation, aux modalités du regroupement de l'examen des demandes qui, au prétexte de favoriser la transparence, risquent, en fait, de renforcer l'arbitraire administratif. Elle s'applique surtout à la mise en place d'un régime d'autorisation à durée déterminée, dont le principe, s'il ne peut être écarté totalement pour des raisons tenant à la nécessaire évolution de l'appareil de soins, doit s'accompagner de garanties encore insuffisantes dans l'état actuel du texte, pourtant sensiblement amélioré sur ce point par l'Assemblée nationale.

L'aménagement du statut des établissements publics et l'allègement des tutelles constituent le deuxième objectif du projet de loi.

Le Gouvernement prétend d'abord doter les établissements publics de santé d'un statut original, destiné à tenir compte de leur spécificité. Les arbitrages interministériels ont malheureusement réduit l'ambition des auteurs à bien peu de choses, de sorte que l'organisation administrative qui ressort du texte ajoute, en fait, de nouvelles contraintes, sans mettre en œuvre des instruments nouveaux capables de permettre à l'hôpital de moderniser sa gestion ni lui offrir des contreparties réelles en matière d'exercice de la tutelle.

Malgré des progrès accomplis sur ce plan, à l'Assemblée nationale, la tutelle *a priori* continue de s'exercer sur tous les actes importants de la vie des établissements. Si elle a été réduite, pour un grand nombre de délibérations, à un seul contrôle financier, celui-ci s'exerce bien *a priori*. Le Gouvernement ne dit donc pas le droit lorsqu'il affirme avoir ainsi mis en place un contrôle *a posteriori*, à l'instar des règles retenues pour les collectivités locales.

La procédure budgétaire, même allégée, reste d'une lourdeur que la complexité même du texte contribue à mettre en évidence. L'autorité de tutelle continue de vouloir exercer un contrôle d'opportunité, qu'elle n'a, de fait, pas les moyens de mettre en œuvre, provoquant ainsi des retards inutiles et dommageables pour la gestion des hôpitaux. Tutelles administrative et budgétaire ne tiennent aucun compte des projets d'établissements, qui doivent constituer pourtant les actes fondamentaux de la vie des établissements publics, tout comme les contrats prévus par le texte doivent permettre de fonder, pour les établissements privés, des relations stables et sûres avec l'Etat et les organismes d'assurance maladie.

S'agissant enfin de l'organisation médicale interne des établissements, le Gouvernement remet pour la troisième fois sur le métier la départementalisation des hôpitaux, dans des termes qui ne manquent pas de surprendre, comme vient de l'indiquer à l'instant M. Teulade.

Dans la version retenue en 1984, les départements étaient destinés à fédérer autoritairement des services ou des parties de services. Si la loi adoptée en 1987, sur le rapport de notre collègue M. Charles Descours, tournait le dos à la voie autoritaire, elle conservait cependant les vertus structurantes d'un tel schéma.

Dans le texte qui nous est soumis, il est seulement proposé de distinguer départements et services par le mode de nomination de leurs responsables, comme le prévoyait le texte initial, ou par le nombre de leurs unités fonctionnelles, comme l'a ajouté l'Assemblée nationale.

Les unités fonctionnelles apparaissent ainsi comme le seul apport effectif du texte. Si je suis favorable à leur institution, je crains cependant qu'elles ne constituent qu'une bien maigre et illusoire compensation offerte à de jeunes ou de moins jeunes praticiens, qui attendent une revalorisation de leur statut et de leur fonction. Cela me paraît particulièrement vrai dans les hôpitaux généraux où les subtilités de la départementalisation et les délices démocratiques qu'elle secrète cèdent volontiers le pas, dans l'esprit des praticiens, à la crise du recrutement et à la faiblesse des moyens.

Le Gouvernement, conscient des insuffisances de son texte, a, dans un geste de bonne volonté, mais aussi en forme de démission, introduit un amendement visant à dire que, si tout cela ne convenait pas aux hôpitaux, ces derniers pouvaient, avec l'accord large du collège médical, faire tout autre chose.

Nous verrons comment, dans la logique visant à renforcer l'autonomie des établissements, il nous sera possible de reprendre cet amendement sous une forme plus valorisante et plus incitative.

Mais j'aborde ainsi la dernière question : quelle réforme fallait-il faire ? Quelle réforme, à travers les amendements qu'elle a déposés, vous propose la commission des affaires sociales ?

Pour répondre à cette question, je présenterai ici les axes essentiels des propositions contenues dans ses amendements.

Je souhaite d'abord placer au cœur du dispositif le principal acteur de l'hôpital qu'est le malade.

Je vous proposerai donc, par voie d'amendement, d'introduire, dès l'article 1<sup>er</sup> A, un chapitre consacré aux principes fondamentaux, qui définira les droits des malades dans ce qu'ils s'exercent à l'hôpital - tel est, en effet, le seul objet du texte. Ces droits sont établis autour de trois principes : le libre choix de l'établissement par le malade, le droit de ce dernier tant à l'information sur son état et les soins qui lui sont prodigués qu'au respect de la confidentialité des informations qui sont détenues par les établissements et l'obligation faite, à ces derniers, d'offrir des soins de qualité.

C'est parce que le libre choix, ainsi réaffirmé, doit s'exercer d'une manière éclairée et en vue d'améliorer la qualité des soins que doivent être également définis et distingués, dès l'abord, les concepts d'évaluation et d'analyse d'activité. Je vous proposerai, à cet égard, d'élargir l'évaluation à l'ensemble des pratiques professionnelles, des fonctions et des services des établissements, en rappelant, en ce qui concerne l'activité médicale, les limites déontologiques d'un tel exercice.

L'amendement de la commission vise, en outre, à consacrer, au plan législatif, l'existence de l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.

S'agissant des dispositions relatives aux missions des établissements de santé, contenues dans l'article 1<sup>er</sup>, je vous proposerai de clarifier la définition du service public hospitalier en distinguant bien ses missions, les obligations qui lui incombent, les établissements qui le composent et, enfin, les formes de coopération qu'il peut développer avec les autres établissements et les professionnels libéraux de santé, sans bouleverser le texte du Gouvernement, accepté, sur ce sujet, par les secteurs privé et public.

Ces modifications feront toutefois clairement ressortir qu'au-delà des considérations juridiques il y a en France, non des établissements publics investis d'une mission de service public et des établissements privés qui font commerce de soins, mais au contraire un ensemble d'établissements chargés d'une mission d'intérêt général. Elles permettront également de réduire la définition du service public à ses seules missions spécifiques : la formation, la recherche et l'urgence.

S'agissant des dispositions relatives à la planification de l'équipement sanitaire, contenues dans les articles 2 et 3, je vous proposerai, d'abord, de revenir sur le caractère obligatoire des contrats pluriannuels conclus par les établissements - et donc au texte initial du Gouvernement - non pour des raisons de principe, car je suis favorable à la contractualisation des rapports entre l'Etat, l'assurance maladie et les établissements, mais pour des raisons de méthode et de moyens : la liberté contractuelle, c'est, avant tout, la liberté de contracter.

Je vous suggérerai, ensuite, de renforcer le caractère incitatif du dispositif de planification et de permettre la consultation des organes régionaux - conseil régional et comité économique et social - sur les schémas arrêtés au plan régional.

Je vous demanderai, enfin et surtout, de décrire l'organisation des services qui doit permettre la réalisation des objectifs du texte, pour tenir compte de la faiblesse avérée des instances actuelles, qu'il s'agisse des directions régionales ou des directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

Un amendement fixera, en outre, enfin, un calendrier de mise en œuvre de la planification, visant à « dynamiser » le texte et à garantir, dans le respect des orientations de la politique sanitaire, une procédure ascendante d'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

S'agissant du régime d'autorisation prévu à l'article 2, je vous proposerai d'apporter des garanties nouvelles aux établissements privés d'hospitalisation en renforçant encore les

règles qui s'appliquent à la définition de la durée déterminée des autorisations, notamment en ce qui concerne les activités de soins, et en supprimant, jusqu'à plus amples explications du Gouvernement, les dispositions relatives à la périodicité de l'examen groupé des demandes.

Je vous inviterai également à supprimer les dispositions relatives au contrôle du volume d'activité au regard des dépenses d'assurance maladie. La loi hospitalière est une loi sanitaire. Libre au Gouvernement, dans le cadre du prochain D.M.O.S. qu'il a déposé devant le Parlement, de mettre en œuvre les moyens de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui lui paraissent utiles, mais tel n'est pas, à nos yeux, l'objet du projet de loi portant réforme hospitalière. Par ailleurs, dans la mesure où les dispositifs prévus ne s'appliqueront que dans cinq ans, pourquoi les écrire aujourd'hui ?

Les amendements que je vous soumettrai viseront enfin à alléger le régime d'autorisation pour les équipements inclus dans les projets d'établissement, pour les établissements publics, et dans les contrats, pour les établissements privés, afin de faire des projets et des contrats les actes fondateurs, de portée pluriannuelle, dont l'approbation offrira aux établissements de plus grands espaces de liberté.

J'en viens maintenant aux dispositions relatives aux établissements publics de santé, contenues dans l'article 7. Sur ce point, les amendements de la commission s'inscrivent autour de quatre axes principaux.

Je vous demanderai, d'abord, de définir d'une manière plus spécifique encore les établissements publics de santé en retenant, pour l'essentiel, le modèle de la loi de 1982 relative aux établissements publics à caractère technique et scientifique, afin d'offrir aux hôpitaux un cadre juridique adapté à la nature particulière de leur activité.

Je vous proposerai, ensuite, d'alléger encore la tutelle en posant pour principe le contrôle *a posteriori* et en considérant comme l'exception le contrôle *a priori*. Ce contrôle *a priori* sera d'autant plus réduit que l'établissement disposera d'un projet approuvé. La procédure budgétaire sera également allégée par rapport au texte adopté proposé par l'Assemblée nationale.

Il s'agit là, mes chers collègues, dans le dispositif proposé par la commission, d'un élément visant à inciter les établissements à se doter d'instruments pour une politique pluriannuelle. Encore faut-il que, à travers la procédure budgétaire, les procédures administratives ou toute autre forme d'intéressement, les établissements soient encouragés à faire cet effort de réflexion à la fois concertée et prospective.

S'agissant, par ailleurs, des organes représentatifs des établissements, je vous proposerai de confier la présidence du comité technique d'établissement au directeur afin de permettre au président du conseil d'administration d'exercer la fonction arbitrale qui lui revient naturellement.

En ce qui concerne, enfin, l'organisation des soins et le fonctionnement médical, je vous demanderai de poser l'autonomie comme principe retenu pour l'organisation des établissements, en le définissant dans les termes choisis par le Gouvernement dans l'amendement dit « Durieux » déposé à l'Assemblée nationale.

Si cette autonomie ne pouvait être mise en œuvre, faute d'un accord au sein du collège des praticiens, les règles posées par la loi s'imposeraient alors, dans des termes qui laisseraient apparaître sans ambiguïté le choix offert entre la liberté et le « tout-Etat ».

Pour la détermination de ces règles, les amendements de la commission retiennent le service comme le centre de responsabilité administrative et médicale de base, l'unité fonctionnelle comme l'unité élémentaire de soins et le département comme le moyen de fédérer, volontairement, des services et/ou des unités fonctionnelles. Dans ce modèle, le chef de service ou de département serait nommé par le ministre. Les fédérations seraient, par voie de conséquence, supprimées.

Un tel schéma vise à inciter les établissements à décider eux-mêmes, dans le cadre du principe d'autonomie, de leur organisation interne, pourvu qu'ils soient dotés d'un projet d'établissement. On trouve là une nouvelle incitation à arrêter des projets d'établissement, qui se situe incontestablement dans la logique des propositions de la commission.

S'agissant des dispositions relatives aux établissements de santé privés, contenues dans les articles 9 à 11, notamment de celles qui concernent les établissements à but non lucratif,

je vous demanderai d'assouplir les conditions préalables à l'admission de ces établissements au sein du service public hospitalier.

Pour ce qui est des dispositions diverses et transitoires, je vous inviterai à vous opposer à toute rétroactivité du texte en ce qui concerne les solutions autres que l'hospitalisation.

**M. Jean-Pierre Fourcade**, président de la commission des affaires sociales. Certes !

**M. Claude Huriet**, rapporteur. S'agissant, enfin, du point particulier relatif au consultanat, je vous proposerai de tirer les conséquences du report à 1993, du fait d'un amendement adopté à l'Assemblée nationale, de la disparition de ce régime.

Il convient, juridiquement d'abord, de le rétablir. Ensuite, afin de pallier les conflits qui surviennent effectivement dans certains cas entre consultant et nouveau chef de service, je vous suggérerai de confier au conseil d'administration le pouvoir d'accorder ou de refuser le consultanat et d'en renouveler annuellement le bénéfice.

Il sera également suggéré au Gouvernement de redéfinir le statut du consultant et notamment ses missions, afin de tenter, par ce biais, de résoudre les problèmes internes éventuellement posés par l'existence de ce régime.

S'agissant des personnels paramédicaux, je vous demanderai de renforcer encore leur rôle et de consacrer la création, prévue dans le texte du Gouvernement, d'un « service de soins infirmiers ».

Tel est donc, mes chers collègues, l'essentiel de mes propositions. Elles tiennent en vérité en une phrase : dans le cadre d'une planification souple, déconcentrée et efficace, renforcer l'autonomie des établissements et moderniser leurs outils de gestion.

C'est sous le bénéfice de ces observations et de l'adoption des amendements que je sou mets à votre examen que je vous demanderai d'adopter ce projet de loi, qui suscite quatre réserves de ma part.

Ma première réserve tient à l'ignorance dans laquelle le Parlement est laissé du contenu des quelque cinquante à soixante textes réglementaires qu'appelle l'application de la réforme. Certes, vous m'avez communiqué, monsieur le ministre, six notes d'orientation, destinées à esquisser les lignes essentielles de ces textes. Toutefois, l'exemple donné par la loi du 31 décembre 1970, dont tous les décrets d'application n'ont pas été publiés au moment où le Parlement s'appête à l'abroger, suffit à justifier ma volonté d'établir un calendrier d'application des dispositions relatives à la planification, dont la réussite commande celle de l'ensemble de la réforme.

Ma deuxième réserve, qu'a déjà exprimée avant moi le rapporteur de l'Assemblée nationale, tient au fait que le projet de loi néglige de clarifier les rapports entre, d'une part, les institutions sanitaires et, d'autre part, les institutions sociales et médico-sociales. Cette clarification et la redéfinition corrélative du mode de prise en charge des personnes âgées dépendantes exigent, pour des raisons sociales tout autant que financières et tarifaires, une réponse législative qui, annoncée à plusieurs reprises par le Gouvernement, est sans cesse reportée.

Ma troisième réserve résulte de la constatation que la réforme qui nous est soumise ne suffira pas, à elle seule, à répondre aux aspirations légitimes des acteurs du système de soins, à la reconnaissance du rôle qu'ils jouent et de la place qu'ils occupent dans notre société.

Je rappelle, à cet égard, les conclusions de l'excellent rapport, présenté par notre collègue Charles Descours, au nom de la mission d'information que je présidais, sur la situation matérielle et professionnelle des personnels soignants non médecins des établissements hospitaliers publics, privés et privés à but non lucratif. Ce rapport faisait suite - faut-il le rappeler ? - aux mouvements de revendication des infirmières, nés au cours de l'été 1988 et étendus à d'autres catégories de personnels soignants au cours de l'automne de la même année. Au moment où des mouvements semblables affectent à nouveau ces catégories de personnel, et quelques autres, je souhaite renvoyer le Gouvernement à la lecture des vingt-six propositions que notre mission avait présentées, peu suivies d'effet à ce jour.

J'ajoute que le statut des praticiens hospitaliers justifie assurément la même attention, ainsi que suffit à le démontrer la réalité hospitalière décrite plus haut. Nous n'écartons pas l'hypothèse de la constitution d'une mission sénatoriale d'information qui, empruntant une démarche semblable à celle qui fut choisie en 1989, s'attacherait à définir les aménagements qu'appelle ce statut.

Ma quatrième et dernière réserve a trait au mode de financement des établissements de santé, publics ou privés. Les limites de la dotation globale, soulignées plus haut, mais aussi la nécessité de mettre un terme à la « guerre de religion » qui oppose le secteur public et le secteur privé exigent que soient explorées les voies d'une politique tarifaire renouvelée et commune à l'ensemble du système hospitalier. Le projet de loi constitue, à cet égard, l'amorce d'une réflexion qui doit être, rapidement et avec vigueur, menée à son terme.

La réforme de l'hôpital exige des étapes. Je vous propose, mes chers collègues, sous les quatre réserves que je viens d'exprimer, de franchir, non sans en modifier profondément le parcours, la première d'entre elles. (*Applaudissements sur les travées de l'union centriste, du R.P.R. et de l'U.R.E.I.*)

**M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission.** Monsieur le président, monsieur le ministre, monsieur le président de la section des affaires sociales du Conseil économique et social, mes chers collègues, l'excellent rapport que vient de présenter M. Claude Huriet va me permettre d'être bref. Je préciserai simplement, à partir du constat qu'a fait la commission des affaires sociales, quels sont les principes qui gouvernent les amendements qu'elle vous soumettra au cours des jours à venir, afin de tenter de franchir la première étape que vient d'évoquer M. le rapporteur.

En ce qui concerne le constat, je dirai, monsieur le ministre, qu'il est quelque peu désabusé. En effet, voilà un texte dont on parle depuis longtemps, qui a fait l'objet de nombreuses consultations et sur lequel beaucoup de fonctionnaires éminents ont travaillé. Le Conseil économique et social vous a donné son avis et a formulé des suggestions positives et intéressantes. Toutefois, j'ai l'impression que, au fur et à mesure que ce texte a été soumis à l'arbitrage interministériel, on en a enlevé l'essence. Ne restent qu'un certain nombre de dispositions, parfois intéressantes, souvent contestables, presque toujours insuffisantes, qu'il est nécessaire de réécrire.

En effet, lorsqu'on lit ce projet de loi le code de la santé à la main et que l'on interroge les acteurs de la vie hospitalière, on constate que ce texte a l'inconvénient majeur de passer à côté d'un certain nombre de vrais problèmes.

Les vrais problèmes, quels sont-ils ?

C'est d'abord la faiblesse, avérée, reconnue, des moyens des services extérieurs du ministère de la santé, qui ne parviennent pas, malgré l'indiscutable qualité des hommes, à mettre en œuvre une véritable politique d'organisation sanitaire dans ce pays.

C'est ensuite de doter le Gouvernement et l'ensemble de l'appareil de santé des moyens utiles pour permettre d'analyser et d'évaluer les soins, afin de passer d'une politique de conduite aveugle, qu'autorise la dotation globale, à un réel pilotage de l'appareil de soins et, par là, à la maîtrise des dépenses de santé.

C'est encore, plutôt que d'entretenir une guerre « privé - public » ridicule, d'aboutir à un système commun de tarification, tenant compte, par exemple, des coûts par pathologie plutôt que d'enfermer, demain, le secteur privé dans la logique d'enveloppe du secteur public, en promettant, pour un après-demain renvoyé à beaucoup plus tard, une nouvelle tarification.

Monsieur le ministre, l'examen simultané du projet de loi dont nous débattons aujourd'hui et du projet de loi portant diverses mesures d'ordre social ne laisse pas de nous inquiéter.

**M. Adrien Gouteyron.** Très bien !

**M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission.** Autrement dit, vous ressuscitez la querelle privé - public et vous essayez de faire porter au secteur privé la responsabilité de la dérive des dépenses de santé. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R.*)

C'est enfin, vous l'avez dit, monsieur le ministre, de réduire la surcapacité hospitalière dans les faits et pas seulement en parole. Depuis trois ans, en effet, on nous dit que les 60 000 lits d'aigus doivent être supprimés ; depuis trois ans, ce chiffre circule ; depuis trois ans, on ne fait rien. L'instrument juridique que vous nous proposez ne permettra pas d'agir plus !

Voilà les vrais problèmes auxquels, hélas ! le texte que vous nous soumettez ne répond que très partiellement.

En effet, en le lisant, en essayant de comprendre les renvois de référence, en essayant de suivre le cheminement des articles, je m'aperçois que nous sommes très près d'une pâle réécriture de la loi de 1970 !

Voyons d'abord en matière de planification.

Le schéma d'organisation sanitaire auquel vous vous référez ? La loi de 1970 permettait déjà de donner à la carte sanitaire les caractères propres que vous attribuez à ce schéma.

L'annexe ? Le document à caractère indicatif a un intérêt pédagogique, sans plus.

Les comités de l'organisation sanitaire et sociale ? La loi du 24 juillet 1987, rapportée par notre excellent collègue M. Charles Descours, prévoyait une telle fusion, mais, depuis 1987, personne ne l'a mise en œuvre.

La fusion des régimes d'autorisation applicables aux secteurs public et privé ? La loi du 24 juillet 1987 - la même - contenait en germe une telle fusion.

Par conséquent, soucieux de procéder au nécessaire redéploiement hospitalier, votre texte en revient, par une logique administrative dont on n'arrive pas à se départir dans ce pays, à une voie plus autoritaire que celle de la loi de 1970. Un tel redéploiement ne pourra être obtenu que par le dialogue, grâce à des contrats, des projets d'établissement et une véritable maîtrise de l'appareil de soins, dont nous sommes très loin.

Voyons maintenant en matière d'établissements publics.

Vous en annoncez une nouvelle catégorie, mais le texte est pratiquement recopié sur la loi de 1970 et la définition de ce nouvel établissement public est omise.

Vous nous jurez un allègement de la procédure budgétaire, mais le texte qui la décrit a doublé de volume et a perdu sa simplicité. Je défie quelqu'un de raisonnable de comprendre, à la première lecture, le fonctionnement de la procédure budgétaire de ces établissements publics.

Vous revenez sur le vieux démon de la départementalisation sans que le texte adopté par l'Assemblée nationale, à votre demande, présente aucune vertu structurante.

Finalement, on aurait peut-être pu borner le débat sur l'organisation de l'hôpital à votre amendement. Cependant, comme des conditions à la fois de majorité qualifiée et d'élaboration d'un projet d'établissement sont nécessaires, il faut bien tout de même que nous nous occupions des autres établissements, c'est-à-dire de ceux dans lesquels ces conditions ne seront pas réunies.

Le problème de l'avenir des praticiens hospitaliers, celui qui tient au fait que les postes vacants ne sont pas, à l'heure actuelle, pourvus, le malaise du corps des infirmières et des infirmiers, les difficultés que connaissent beaucoup d'établissements qui ont du mal, à l'heure actuelle, à se satisfaire de cette organisation un peu lourde, tout cela subsiste et, comme l'a excellemment dit notre rapporteur, mérite d'être revu de près.

Monsieur le ministre, mes chers collègues, quels sont les cinq principes que nous avons essayé de placer au premier rang de nos préoccupations pour établir les amendements qui vous seront soumis un par un ?

Le premier consiste à sortir de la logique administrative et à contractualiser les rapports au sein du système de soins.

Le contrat pour le secteur privé et le projet d'établissement pour les secteurs public et privé sont le pivot de notre texte reconstruit. Dans de tels projets, dans de tels contrats, de portée pluriannuelle, l'Etat et les établissements pourront planifier en confiance le redéploiement encore faut-il leur laisser un peu de temps.

C'est pourquoi nous sommes attachés au fait que l'on tienne compte à la fois de la notion d'amortissement des investissements et d'une certaine durée minimale de cinq ans pour éviter la précipitation.

Le deuxième principe est, à l'inverse de ce que vous proposez, de protéger le secteur privé.

Je suis très étonné qu'on parle sans arrêt de la maîtrise des dépenses de santé, qui est une chose nécessaire, nous le savons tous, et que l'on s'enfonce dans une logique administrative en se privant du dynamisme et de la bonne gestion que peuvent apporter, dans certains cas, les établissements privés.

Nous sommes dans une économie de marché. Nous avons décidé d'ouvrir nos frontières à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1993. Or, nous voulons faire comme si, en matière d'hôpital, seules les vieilles recettes administratives étaient valables. Nous voulons complètement passer sous silence ce qui est dynamique dans le secteur privé.

Nous devons supprimer du texte les dispositions qui menacent le secteur privé. Nous devons marquer notre désapprobation lorsque nous examinerons, dans quelques semaines, le projet relatif à diverses mesures d'ordre social, afin que l'opinion médicale soit bien au courant de notre position. La loi hospitalière que nous voulons faire doit établir la paix et la coopération entre les différents secteurs. Elle ne doit pas les opposer. Il y a longtemps que ce mécanisme d'opposition a perdu toute valeur créative !

Le troisième principe est d'organiser le secteur public sur des bases saines.

Un vrai statut pour les hôpitaux publics, un authentique contrôle *a posteriori* qui permettra de passer d'une tutelle paperassière à un véritable contrôle économique et financier, une organisation interne qui respecte la compétence et qui offre de plus larges responsabilités aux praticiens hospitaliers, voilà le principe qui nous a guidés dans la rédaction de nos amendements.

Le quatrième principe, qui est tout à fait absent de votre texte, est de regarder ce qui se passe autour de nous.

Tous les pays industrialisés, notamment ceux qui constituent avec nous le Marché commun, connaissent les mêmes problèmes de dérive des dépenses de santé et de difficultés de l'organisation du système de santé. Ne faisons pas de nombrilisme et ne réglons pas nos problèmes comme si nos voisins n'existaient pas. Regardons au contraire - c'est ce qu'a fait la commission des affaires sociales - comment fonctionne le système de soins en Allemagne, en Grande-Bretagne, en Espagne, en Italie ou ailleurs. Essayons d'en tirer un certain nombre de conclusions.

Certes, aucun modèle étranger n'est directement transposable dans notre pays, mais un certain nombre d'entre eux ont fait des progrès en matière d'évaluation et en matière de coût par pathologie. Un certain nombre ont aussi fait des progrès dans la coexistence des secteurs public et privé. D'autres, enfin, ont fait des progrès dans l'organisation de rapports contractuels entre les médecins et les services publics chargés des problèmes de l'assurance maladie. Utilisons donc ces précédents et essayons, nous aussi, d'être compétitifs par rapport à nos concurrents.

Enfin, le cinquième principe, qui est tout à fait absent du texte mais qui, je l'espère, ne l'est pas de vos préoccupations, est qu'il faut former tous les acteurs de l'hôpital et de la clinique aux techniques budgétaires, financières et économiques afin de les sensibiliser aux problèmes actuels de notre société.

Il faut aussi les impliquer davantage dans la gestion des établissements pour le développement rapide d'une politique d'intéressement, qui ne doit pas rester seulement une pétition de principe ; elle doit au contraire marquer - le président Chérioux nous le dit souvent - la modernisation de nos structures médicales.

Le fait de discuter avec de jeunes praticiens hospitaliers au courant des problèmes qui se posent à une société ouverte sur le monde par la dérive de la dépense médicale, sachant apprécier l'organisation de leurs services et de leurs soins en termes tant qualitatifs que quantitatifs, est un progrès vers lequel nous devons tendre. C'est seulement quand la formation sera mieux assurée que nous pourrons faire des progrès dans l'ensemble de cette technique hospitalière.

Voilà, mes chers collègues, monsieur le ministre, ce que je voulais ajouter à l'excellent exposé de notre rapporteur.

J'en arrive à ma conclusion. Monsieur le ministre, vous avez déposé devant l'Assemblée nationale un texte initial tout à fait insuffisant.

Le débat à l'Assemblée nationale a permis de l'améliorer sur un certain nombre de points et d'apporter quelques ouvertures sur un certain nombre de sujets correspondant aux principes que je viens de développer. En commission des affaires sociales, nous avons procédé à de très larges auditions. Comme l'a dit M. le rapporteur, nous avons rencontré beaucoup de personnes sceptiques, voire opposées à un tel projet. Mais nous n'avons jamais rencontré quelqu'un de satisfait. Cette absence totale de soutien, même de la part des syndicats ou des organisations de médecins, nous a frappés.

C'est la raison pour laquelle nous avons tenté de réécrire ce texte et d'en faire, comme pour la loi de 1970, une loi susceptible de s'appliquer une vingtaine d'années et permettant de préparer l'hôpital de l'an 2000.

Les amendements que nous avons déposés sont nombreux. Seront nombreux aussi, avec le Gouvernement et, sans doute, avec nos collègues de l'Assemblée, les points de divergence et de friction. Mais, au-delà de ces divergences, ce que nous voulons c'est définir ensemble l'hôpital de demain.

Notre système de santé est, vous l'avez dit, encore l'un des meilleurs du monde, mais il commence à présenter quelques signes de fracture. Nous devons rapidement y porter remède. C'est l'objet des amendements que nous vous proposons et c'est pourquoi, mes chers collègues, je souhaite que vous les adoptiez à une très large majorité. (*Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I., du R.P.R. et de l'union centriste, ainsi que sur certaines travées du R.D.E.*)

#### Question préalable

**M. le président.** Je suis saisi d'une motion n° 160, présentée par Mme Luc, MM. Souffrin et Viron, Mmes Beaudou et Frayse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté, tendant à opposer la question préalable.

Cette motion est ainsi rédigée :

« En application de l'article 44, alinéa 3, du règlement, le Sénat décide qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération sur le projet de loi portant réforme hospitalière, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, aux termes de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, après déclaration d'urgence. »

Je rappelle qu'en application du dernier alinéa de l'article 44 du règlement du Sénat ont seuls droit à la parole sur cette motion l'auteur de l'initiative ou son représentant, un orateur d'opinion contraire, le président ou le rapporteur de la commission saisie au fond et le Gouvernement.

Aucune explication de vote n'est admise.

La parole est à M. Souffrin, auteur de la motion.

**M. Paul Souffrin.** Monsieur le président, monsieur le ministre, monsieur le rapporteur du Conseil économique et social, mes chers collègues, tout le monde en convient : l'hôpital public, dans ses missions diversifiées et dans ses principes, représente un facteur indispensable de progrès scientifique, un régulateur important de notre vie économique. Rappelons qu'il emploie 740 000 personnes, soit 4 p. 100 des personnes actives de notre pays. C'est une composante essentielle de notre système de soins et une garantie fondamentale, en tant que service public, d'égalité pour tous en matière d'accès aux soins et de qualité des prestations servies. Cela n'enlève évidemment rien à la nécessité, dans notre pays, d'un secteur privé de qualité au côté d'un grand service public de santé.

Pourtant, tout le monde en convient aussi, malgré la densité et la diversification de notre tissu hospitalier, malgré le haut niveau technique des équipements, malgré la qualité des personnels dont la compétence est largement reconnue, une inadéquation de plus en plus profonde se manifeste entre notre système hospitalier et l'évolution des besoins sanitaires et sociaux.

Ces besoins ne cessent de grandir, en raison de facteurs bien connus : le vieillissement des populations, qui implique inévitablement une augmentation des maladies dégénératives ; l'évolution des pathologies avec l'apparition de nouvelles maladies comme le sida ; l'émergence de nouvelles revendications en terme de santé due à une meilleure connaissance, de

la part des citoyens, des progrès médicaux ; surtout, l'aggravation de ces phénomènes que constituent le chômage, l'exclusion, la précarité, la dégradation des conditions de vie et de travail.

Pour remédier à cette inadéquation, le Gouvernement nous soumet un projet de loi qui, au-delà des principes qu'il affiche et sur lesquels nous sommes bien évidemment d'accord, présente des aspects tout à fait contestables, voire dangereux.

Contestable, ce projet l'est, avant tout, sur le plan de la méthode. Certes, monsieur le ministre, votre prédécesseur a mobilisé nombre d'experts médicaux et administratifs depuis plus de deux ans ; il a mis en place une mission ministérielle d'information et de proposition et a organisé une très vaste concertation à travers une douzaine de forums interrégionaux ayant rassemblé, selon vos données, 10 000 professionnels et autres personnes qualifiées.

Pourtant, malgré tous ces forums, ces rencontres et ces réunions, l'impression demeure d'une « concertation » à usage essentiellement médiatique, qui n'a nullement détourné le Gouvernement de ses choix fondamentaux.

Ainsi, aucun des avis critiques, aucune des propositions avancées par les intervenants présents lors de la réunion que la commission a tenue dans l'Est de la France, plus précisément au centre hospitalier régional et universitaire de Strasbourg, le 8 juin dernier, n'ont été retenus. Plus grave, il a même fallu que les intervenants s'imposent : il n'avait pas été prévu de leur donner la parole !

Contestable, ce projet l'est aussi dans son application, étant donné la large place qu'il laisse à la voie réglementaire.

Monsieur le ministre, dans votre intervention liminaire, vous avez évoqué la perversité d'une réglementation titilonne et vous renvoyez à plus de soixante décrets l'application de dispositifs essentiels, tels ceux qui concernent la carte et le schéma d'organisation sanitaire, les autorisations et les expérimentations, les régimes financiers des établissements publics de soins et les représentations au sein du conseil d'administration, de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement, du conseil de service et de département !

Le renvoi à tous ces décrets signifie non seulement que vous empêchez le Parlement de mesurer exactement la portée de la loi, mais aussi que nous sommes amenés à donner un blanc-seing au Gouvernement, qui ne manquera pas d'utiliser la voie réglementaire pour rendre plus contraignante encore sa politique de réduction des dépenses de santé.

Contestable, ce projet l'est enfin dans sa visée stratégique, puisqu'il s'inscrit dans une logique axée essentiellement sur la compression des dépenses de santé.

Il s'agit d'une stratégie bien connue, d'ailleurs, inaugurée dans les années soixante-dix, plus précisément en 1976 lorsque la commission de santé du VII<sup>e</sup> Plan voyait dans « la maîtrise des dépenses de santé » l'objectif primordial à rechercher, et préconisait, pour l'atteindre, tout une série d'actions ayant pour but : « ... la suppression des hospitalisations inutiles..., l'évaluation concrète des objectifs et résultats de l'activité hospitalière..., le développement des moyens mis à la disposition des responsables de la direction et de l'administration de l'hôpital..., l'amélioration de la complémentarité entre secteur public et secteur privé..., l'amélioration du contrôle des marchés publics..., la sensibilisation des praticiens aux conséquences financières de leurs actes..., la création progressive d'un contrôle hospitalier et médical... destinée à apprécier les soins dispensés et les services rendus ainsi que leur coût et, éventuellement, à en tirer les conséquences... »

Toutes ces propositions, la majorité actuelle les avait résolument combattues avec nous en 1976, et elle les reprend, aujourd'hui, presque mot pour mot !

Ce projet est dangereux, enfin, parce qu'il ambitionne : de soumettre l'hôpital aux critères de la rentabilité financière ; de déposséder, malgré la multiplication des organes représentatifs, les professionnels de santé de leurs prérogatives ; de faciliter l'entrée massive du capital privé dans le secteur public c'est un des points sur lesquels, bien évidemment, je m'oppose à l'argumentation de M. le rapporteur ; d'adapter notre système sanitaire aux exigences du marché européen de 1993 ; de rendre omniprésente la tutelle de l'Etat, auquel il reviendrait de déterminer les besoins ; d'adapter l'offre de

soins aux contraintes de sa politique économique ; de procéder à la création, l'extension, la transformation, voire la suppression de tout établissement de santé ; enfin, d'autoriser conventionnements, contrats, coopérations, expérimentations, etc.

Cela dit, permettez-moi de m'attarder de façon plus détaillée sur la portée des dispositions essentielles de cette réforme, car toutes auront des répercussions sur le fonctionnement des établissements, sur les conditions de travail et de vie des personnels hospitaliers et des usagers hospitalisés.

Votre première mesure visant à restructurer le système hospitalier national dans ses composantes publique et privée repose sur deux éléments, la carte sanitaire nationale et le schéma d'organisation sanitaire, susceptibles d'être modifiés à tout moment par le ministre ou le préfet de région.

Enfermés dans ce double carcan, les établissements perdraient toute autonomie réelle. En effet, le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'établissement, pour être acceptés, doivent être compatibles avec le schéma d'organisation sanitaire et conformes à la carte sanitaire. De cette compatibilité et de cette conformité découleront les moyens budgétaires mis à la disposition de l'établissement par l'Etat et la sécurité sociale.

Ainsi, cette planification n'est pas incitative ; elle est autoritaire, dans la mesure où les actes essentiels de la vie d'un établissement, définis par son conseil d'administration, doivent se plier aux exigences d'un double mécanisme imposé par l'Etat. Elle est d'autant plus autoritaire que la carte sanitaire, dans sa fonction d'encadrement quantitatif de l'offre de soins, ne concerne plus seulement, selon les propres termes de l'exposé des motifs, « les grandes disciplines mais aussi certaines activités de soins de haute technicité ou alternatives à l'hospitalisation ».

Ma deuxième remarque concerne le cadre budgétaire du service public hospitalier, un cadre budgétaire mis à mal au nom d'une plus grande autonomie et souplesse de fonctionnement des établissements. Nous sommes obligés de constater, en premier lieu, que le taux directeur subsiste et, avec lui, des enveloppes insuffisantes pour assurer un bon fonctionnement des établissements. Certes, l'établissement pourra générer des moyens supplémentaires, hors dotation globale, dans trois hypothèses prévues par le projet de loi : en cas d'acceptation d'un projet pluriannuel d'établissement assorti d'un contrat d'objectifs financé par l'Etat, la sécurité sociale et, éventuellement, les collectivités locales ; lors d'actions de coopération avec des personnes de droit public ou privé ; enfin, en cas de vente de prestations diverses et d'exploitation de brevets.

Toujours est-il que le remède nous semble être pire que le mal. Engager la « financiarisation » des hôpitaux signifie s'exposer aux risques de voir s'aggraver les disparités entre hôpitaux - cela a été soulevé tout à l'heure dans les rapports qui ont été présentés - et surtout d'assister à une pénétration massive des intérêts des grands groupes privés dans le champ hospitalier, avec toutes les conséquences perverses que cela implique.

Quant à l'autonomie de l'établissement hospitalier en matière budgétaire, elle nous semble plus théorique que réelle.

La tutelle budgétaire est maintenue sur les actes essentiels et, plus généralement, comme l'indique l'exposé des motifs, sur « les actes stratégiques majeurs de la gestion ».

Aux termes des articles L. 714-7 à L. 714-10, la tutelle budgétaire du préfet est maintenue ; elle est même renforcée dans quatre cas.

En effet, si les prévisions paraissent « ...injustifiées ou excessives compte tenu des schémas d'organisation... et d'un taux d'évolution des dépenses hospitalières » fixé par le Gouvernement, le préfet peut « modifier le montant global des dépenses et leur répartition ». « Il arrête en conséquence le montant de la dotation globale et les tarifs des prestations. »

Si le budget n'est pas conforme à la répartition préconisée par le préfet, ce dernier saisit la chambre régionale des comptes, qui « formule des propositions de mise en conformité ».

Si le budget n'est pas adopté dans les délais, le préfet saisit encore la chambre régionale des comptes, qui « formule des propositions permettant d'arrêter le budget ».

Enfin, s'il existe un « déséquilibre financier grave et durable », le préfet saisit la chambre régionale des comptes, qui « propose les mesures de redressement nécessaires » ; le budget primitif suivant est contrôlé, lui aussi, par la chambre régionale des comptes.

Il faut noter, à ce propos, le rôle tout à fait inédit et particulier que la chambre régionale des comptes serait appelée à assurer dans les trois derniers cas : c'est la juridiction des comptes qui intervient pour élaborer, en cas de difficulté ou de conflit entre l'établissement et la tutelle, des mesures qui sont, en fait, de la prérogative politique du représentant de l'Etat.

Pour ce qui concerne les autres actes, le régime des autorisations préalables est maintenu et orienté en vertu des articles L. 712-8 et L. 712-9, de telle façon que les décisions relatives à la structure ou à l'activité hospitalière restent enfermées dans les contraintes de la planification décidée par l'Etat.

A l'inverse, ces contraintes, telles qu'elles sont définies par les articles L. 712-10 et L. 712-11, ne s'exercent plus si les projets de structures de soins alternatives à l'hospitalisation et si le regroupement des établissements publics et privés sont assortis, respectivement, d'une diminution des moyens d'hospitalisation et d'une réduction des capacités des établissements regroupés.

Cela signifie que la compatibilité et la conformité entre les besoins et les objectifs fixés par la carte, ainsi que le schéma d'organisation sanitaire ne sont plus requises lorsqu'il s'agit de supprimer ou de réduire l'offre des structures de soins.

Voilà encore une preuve du fait que le Gouvernement, loin de rechercher à optimiser les moyens existants, met en place une politique de réduction des coûts qui se traduirait par la suppression, à moyen terme, de 60 000 lits et d'environ 400 hôpitaux locaux, qui exercent, rappelons-le, une mission médicale, chirurgicale ou obstétricale de proximité répondant aux besoins de la population, surtout dans certaines zones rurales.

Même la planification sanitaire, qui entend, selon l'exposé des motifs, créer des conditions favorables pour que « l'hôpital de demain soit un pôle de compétences techniques », au « service d'un réseau de soins », appelle quelques remarques. Je noterai tout d'abord que la présentation qui est faite de l'organisation hospitalière établit une hiérarchie qui ne distingue plus que deux catégories d'établissements : les hôpitaux locaux « qui ne peuvent assurer les soins qu'en médecine et à condition de passer une convention avec un centre hospitalier dispensant ces soins » et les hôpitaux « à vocation régionale liée à leur haute spécialisation et assurant par ailleurs les soins courants à la population proche ».

Ainsi, la place des hôpitaux généraux est passée sous silence, les hôpitaux locaux sont réduits à la fonction d'infirmerie, l'urgence n'étant plus rattachée à l'hôpital de proximité, et les centres hospitaliers régionaux sont confirmés comme pôles de compétences. La restructuration opérée selon les objectifs de la carte sanitaire, du schéma d'organisation et conformément à la hiérarchie indiquée, aura des conséquences en chaîne.

De nouvelles possibilités seront offertes au secteur privé pour investir l'espace intermédiaire ainsi abandonné entre le centre hospitalier régional et l'hôpital local.

L'hôpital qui en aura les moyens sera conduit à privilégier une activité, à se spécialiser pour acquérir une vocation régionale, au détriment de la polyvalence.

Le malade, la parturiente et l'accidenté n'auront plus la garantie réelle de trouver à l'hôpital les moyens d'être soignés efficacement.

Dans ces conditions, on peut légitimement s'interroger sur les possibilités réelles qu'auront les établissements publics d'assurer les missions que leur confie l'article L. 711-6 de votre projet.

D'ailleurs, le rédacteur de cet article a apporté deux précisions qui en disent long sur le sens profond du projet et sur la façon dont on prend en compte les besoins des patients.

Il précise : en effet, premièrement, que « les établissements du service public hospitalier garantissent l'égal accès de tous aux soins », mais dans la limite « des soins qu'ils dispensent » et qu'ils seront habilités à dispenser selon les orienta-

tions de la planification ; deuxièmement, que les établissements doivent être en mesure d'accueillir les personnes de jour et de nuit, éventuellement en urgence.

Ainsi, le patient n'a plus la garantie d'être accueilli, en urgence ou non, dans un hôpital public et d'y trouver obligatoirement les moyens de faire soigner ce pourquoi il y a été envoyé. Le projet entérine bel et bien la dégradation du service public hospitalier.

Mais venons-en aux dispositifs que le Gouvernement veut mettre en place pour favoriser l'autonomie des établissements et pour « développer les responsabilités des acteurs du système hospitalier ».

Que les intentions du législateur soient, encore une fois, louables, personne ne saurait le contester ; toujours est-il qu'elles se révèlent, à bien y regarder, comme de simples pétitions de principes.

Certes, le projet de loi envisage la multiplication des instances démocratiques au sein des établissements de soins publics ou privés. Certes, il assigne à ces instances, en tant que structures de consultation, de concertation et de proposition, un rôle actif dans l'élaboration de mesures relatives à l'organisation des activités médicales, dans la préparation du projet médical et du projet d'établissement, lequel définit les objectifs généraux dans le domaine médical, social, des soins infirmiers, de l'information, de la formation et de la gestion.

Néanmoins, l'espace de liberté et d'autonomie prévu par le législateur est moins ample qu'il ne veut nous le faire croire et plus aléatoire qu'il n'y paraît.

Moins ample parce que les collectivités locales, dont les responsabilités sont essentielles dans le domaine médico-social, y jouent un rôle très réduit : aucune disposition, en effet, ne prévoit leur intervention directe dans la détermination des besoins de santé.

Plus aléatoire, parce que les différents comités, associations, commissions ont, en fait, un pouvoir plus apparent que réel. En effet, ces structures opèrent en association avec un directeur d'établissement aux pouvoirs accrus et toute proposition émanant d'elles doit être soumise à la contrainte préalable de conformité à la carte et au schéma d'organisation sanitaires, ainsi qu'à la tutelle *a posteriori* du représentant de l'Etat, tutelle plus dangereuse que la tutelle *a priori* : pour s'exercer, elle n'a nullement besoin de se fonder sur des critères objectifs d'évaluation.

Je rappelle, à ce propos, qu'aux termes de l'article L. 714-7 le représentant de l'Etat peut modifier le montant et la répartition des dépenses prévues par les conseils d'administration, tout simplement « s'il estime ces prévisions injustifiées ou excessives compte tenu, d'une part, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et, d'autre part, d'un taux d'évolution des dépenses hospitalières qui est fixé, à partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sanitaire et sociale de l'Etat, par les ministres chargés respectivement de l'économie, du budget, de la santé et de la sécurité sociale ».

Cela revient à confier à la tutelle de l'Etat un pouvoir d'intervention tout à fait exorbitant, qui peut ouvrir la porte à des décisions arbitraires et réduit pratiquement à néant le rôle des instances démocratiques dont les choix, en matière de santé, pourront être cassés sur une simple décision administrative dictée par des impératifs économiques et financiers sans relation directe avec la notion de service public.

Un autre point qui mérite réflexion trouve sa formulation dans le chapitre V du projet de loi, consacré aux possibilités de partenariat entre l'Etat, l'hôpital et d'autres organismes.

Permettez-moi de m'attarder sur les relations entre l'hôpital et deux des partenaires désignés par le projet de loi, l'un de façon explicite, la sécurité sociale, l'autre de manière plus allusive, les collectivités locales.

La sécurité sociale est un des financeurs, et non le moindre, du système hospitalier. A ce titre, le texte prévoit de « confirmer et d'enrichir le partenariat entre l'Etat et l'assurance maladie » afin de « coordonner leurs interventions ».

Plusieurs dispositions sont donc envisagées.

Les organismes de l'assurance maladie seront associés à la conception des schémas régionaux d'organisation sanitaire ; ils participeront à la mise en œuvre, par financement spécifique, des contrats d'objectif des établissements ; ils collecteront l'information statistique auprès des établissements publics et privés ; ils mettront à la disposition de l'Etat les

informations recueillies, le système d'informations commun « ainsi créé paraissant nécessaire à la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire ».

Il est tout à fait évident que la sécurité sociale n'intervient pas au niveau de l'établissement de la carte sanitaire nationale, qui détermine pourtant le cadre de la planification dans lequel doivent s'insérer les schémas régionaux.

Comme le fait remarquer la Caisse nationale d'assurance maladie, le projet de loi ne laisse pas aux organismes de sécurité sociale la place qu'ils méritent et tend même, pour reprendre ses propres termes, « à faire disparaître celle que la loi du 19 janvier 1983 lui avait donnée au travers de la commission dite de l'article 35 ».

Dans ces conditions, la sécurité sociale devrait se contenter d'un rôle consultatif et réduit, sauf à suppléer l'Etat dans l'application des orientations de la planification, en lui fournissant les moyens techniques dont il a besoin, notamment pour définir certains instruments de rationalisation tels que le programme de médicalisation des systèmes d'information.

Pour ma part, monsieur le ministre, je ne peux vous suivre dans une telle conception du partenariat. Je considère, en revanche, qu'une implication renforcée de la sécurité sociale dans la mise en œuvre d'une planification qu'elle n'a pas décidée risque d'engendrer de nombreux problèmes, non seulement pour les administrateurs mais aussi pour les assurés.

Quant au partenariat de l'hôpital avec les collectivités locales, il est envisagé dans un seul cas, précisément dans le cas de la signature de contrats d'objectifs pluriannuels passés entre les collectivités mêmes, l'établissement, l'Etat et les organismes d'assurance maladie.

Je remarque, à ce propos, que cette coopération est non seulement prévue de manière doublement hypothétique - l'article L. 712-4 évoque une « possibilité » de coopération « le cas échéant » - mais aussi sollicitée dans des circonstances qui, loin d'impliquer une collaboration mutuellement avantageuse, feront supporter à l'un des partenaires - en l'occurrence, les collectivités locales - la plus grande partie de l'effort financier.

Ainsi, quand un contrat d'objectif ne dégagera pas de moyens financiers suffisants, quand un contrat prévoira la suppression d'une spécialité hospitalière que le conseil d'administration souhaite préserver malgré tout, les collectivités locales n'auront d'autre choix que de participer au financement d'opérations visant à développer ou maintenir le potentiel hospitalier existant sur leur territoire.

**Mme Hélène Luc.** Absolument !

**M. Paul Souffrin.** A ce sujet, M. Teulade a émis la crainte que des disparités entre régions ne se créent.

Ce qui est envisagé pour l'hôpital ressemble étrangement à ce que vivent déjà certaines collectivités locales, qui doivent participer largement au financement de l'implantation universitaire qu'elles souhaitent.

**Mme Hélène Luc.** Eh oui !

**M. Paul Souffrin.** Dans les deux cas, partenariat signifie transfert de charges.

Mais il y a un autre aspect du texte gouvernemental sur lequel je voudrais retenir votre attention. Je veux parler de cette véritable constante du projet de loi qu'est l'évaluation, notion essentielle dont dépend, au dire du Gouvernement, « la qualité de la mise en œuvre de la réforme », et sur laquelle nous sommes nombreux à nous interroger.

Le Conseil économique et social, dans son avis, avait déjà recommandé la plus grande prudence en ce domaine. Il suggérait, en effet, d'attendre que l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, l'A.N.D.E.M., ait obtenu les premiers résultats objectifs et tangibles dans ses travaux d'élaboration des méthodes d'évaluation de soins.

Pour leur part, la Caisse nationale d'assurance maladie et notre commission des affaires sociales ont posé des questions essentielles que vous avez laissées sans réponse. Quels seront les critères retenus pour l'évaluation ? Qui les choisira ? A quelles fins seront-ils utilisés ?

La précipitation avec laquelle vous introduisez cette problématique notion d'évaluation des soins dans les missions de l'hôpital signifie-t-elle que vous voulez mettre en place le sys-

tème appelé programme de médicalisation des systèmes d'information - P.M.S.I. - à la définition duquel travaille depuis quelques années, dans la plus grande discrétion, la direction des hôpitaux ?

Pour ce que nous en savons, le P.M.S.I. vise au regroupement de l'information par groupes de pathologie. Il a pour corollaire, selon un modèle venu des Etats-Unis, la définition de « groupes de malades homogènes ».

On établit des types de diagnostics selon l'âge, le sexe, etc. Il y en aurait - admirez la précision ! - 457. On évalue ensuite, pour chaque catégorie, le coût moyen de la maladie, qui permettra, enfin, de calculer le budget de l'hôpital en fonction des pathologies traitées. Ainsi, si la durée moyenne d'hospitalisation pour une maladie est estimée à dix jours, le budget sera établi pour cette même durée.

On mesure bien là à quelle dérive pourrait conduire un tel système : si le malade sort plus tôt, l'hôpital y gagne. S'il sort plus tard, l'hôpital y perd.

Dans ces conditions, chaque hôpital deviendrait bien vite une entreprise à but lucratif, concurrent des autres établissements ; les personnels, des bureaucrates de la statistique financière ; les patients, de bons ou de mauvais « clients », qu'on pourra éventuellement trier par la suite.

Cette évaluation-là répond à une logique d'entreprise marchande que nous refusons. Pour nous, évaluation doit signifier prise en compte des besoins de santé de la population. Or ces besoins ne se décrètent pas *a priori*, mais ils doivent s'exprimer dans le cadre de structures et de procédures permettant d'associer à tous les échelons - local, départemental, régional et national - l'ensemble des parties prenantes, notamment les élus, les représentants des forces sociales, les professionnels.

Que dire encore, monsieur le ministre, d'un projet de loi qui devait être construit autour de ces deux références capitales que sont le malade et les professionnels de santé et qui, au contraire, les ignore manifestement ?

Certes, il comporte maints dispositifs visant à associer les personnels au fonctionnement des établissements, mais, telle qu'elle est définie dans le texte gouvernemental, cette association m'apparaît doublement sujette à caution.

D'une part, parce que la rigoureuse tutelle de l'Etat qu'elle met en place risque de transformer les différents comités et commissions en simples instances d'enregistrement.

D'autre part, parce que la perspective d'une responsabilisation accrue des professionnels de santé n'est qu'un leurre si elle ne s'accompagne pas de mesures prenant en compte l'ensemble des revendications légitimes de ces professionnels, à savoir la modernisation des statuts catégoriels, l'amélioration du déroulement des carrières, la revalorisation des salaires et, surtout, le renforcement des actions de formation initiale et continue.

Or aucune mesure n'est prévue en ces matières, au point que M. Steg, rapporteur, au Conseil économique et social, sur le projet de loi qui est aujourd'hui en discussion, n'a pu passer ce point sous silence.

En effet, dans son avis, il a dû rappeler que « le rôle difficile du personnel soignant méritait d'être reconnu, souligné et valorisé » et il a dû inviter le Gouvernement à exercer « une vigilante attention sur les conditions de travail et de rémunération de ces personnels ».

Ce rappel et cette invitation pleins de sollicitude sont malheureusement restés lettre morte.

Pourtant, personne n'ignore la grave crise qui secoue l'ensemble des personnels hospitaliers, crise qui se manifeste notamment dans le puissant mouvement de grève entamé par les médecins anesthésistes-réanimateurs, qui s'inquiètent de la diminution importante du recrutement des anesthésiologistes, de l'augmentation de leur charge de travail, d'une mauvaise définition, sur le plan juridique, de leur responsabilité médico-légale, de l'effondrement de leur profil de carrière - 70 p. 100 d'entre eux sont bloqués au 10<sup>e</sup> échelon - et, enfin, de la faible rémunération de la garde, dont le montant n'est pas comptabilisé dans le calcul de la retraite alors qu'il fait l'objet de versement de cotisations.

Cette crise s'exprime aussi par le malaise dont témoigne l'ensemble du corps infirmier et par une fuite de plus en plus inquiétante des personnels hospitaliers vers le secteur privé et la médecine libérale.



Le résultat en est - on l'a évoqué - la vacance, pour l'année 1990, de 2 282 postes de praticiens hospitaliers sur 15 203 postes budgétaires, et une vacance, toujours pour la même année, de 900 postes d'infirmiers sur 1 800 postes budgétaires à pourvoir à l'Assistance publique de Paris.

Faut-il y ajouter l'insuffisance notoire de la politique de formation dans certaines spécialités, en particulier les spécialités chirurgicales ? Est-il vrai, monsieur le ministre, que, à l'heure actuelle, environ 300 chirurgiens exercent à temps plein au sein de l'hôpital alors qu'ils n'ont pas la qualification requise pour le faire, et ce par manque de praticiens qualifiés ?

Je voudrais illustrer ces propos en prenant l'exemple de ma ville, Thionville. Nous venons d'achever la septième tranche de travaux de rénovation du centre hospitalier régional, dont le montant s'est élevé à 25 millions de francs, payés par le budget de l'hôpital. Or il est aujourd'hui impossible de faire fonctionner ses différents services par manque de postes !

L'autre grand absent du projet de loi est, comme je le disais, le malade.

En effet, rien, ou presque, n'est dit qui traite expressément des droits de l'usager. Mais quelle place le malade pourrait-il bien avoir dans un dispositif conçu comme instrument de régulation des budgets et de maîtrise des dépenses ?

Quelle place pourrait-il bien avoir dans un hôpital-entreprise, où tout doit répondre à un souci de rentabilité financière ? Pratiquement aucune, si ce n'est celle de « client », auquel on demandera avant tout et surtout d'être solvable. Avoir de l'argent sera, si les forces progressistes de notre pays ne s'y opposent pas fermement, la meilleure - peut-être la seule - façon d'être correctement soigné.

Non, monsieur le ministre, ce n'est pas la logique de l'argent qui doit présider à une vraie réforme hospitalière, mais, comme nous l'avons déjà affirmé, celle des besoins de santé de la population.

**Mme Hélène Luc.** Très bien !

**M. Paul Souffrin.** Evaluer les besoins pour déterminer les moyens de les satisfaire, c'est ce que commandent la logique et le bon sens. D'où la nécessité primordiale de créer un cadre où ces besoins puissent s'exprimer et être évalués en dehors de tout préalable d'ordre strictement financier.

Il faut aussi assurer une réelle décentralisation et démocratisation des structures hospitalières, doter l'hôpital des moyens nécessaires en personnels et en équipement, remédier au déséquilibre croissant entre les centres hospitaliers régionaux et les autres catégories d'hôpitaux en développant les hôpitaux généraux et locaux, ce qui permettrait de « désengorger » les centres hospitaliers régionaux et universitaires, qui pourraient ainsi retrouver le rôle de pointe pour lequel ils étaient initialement prévus.

Il faut, enfin, développer les alternatives à l'hospitalisation.

Certes, monsieur le ministre, mettre l'hôpital public en mesure de toujours mieux répondre aux besoins multiples et croissants de la population comporte des coûts, et des coûts qu'il faut maîtriser.

Mais cette maîtrise ne peut se faire à n'importe quel prix, en tout cas pas au prix de la santé des hommes.

Ce que nous, communistes, pensons, c'est qu'on ne peut raisonnablement se préoccuper du coût de la santé sans aborder la question de la prévention, en tant que facteur essentiel en matière de diminution des dépenses de santé : prévention par la médecine scolaire, menacée de disparition ; prévention par la sécurité au travail, sachant ce que coûtent les accidents, dont le nombre, il faut le rappeler, ne cesse d'augmenter ; prévention par les dépistages des maladies, surtout des maladies d'origine professionnelle ; prévention, enfin, par l'amélioration des conditions de vie qui sont à l'origine de troubles multiples - infectieux, fonctionnels, psychosomatiques.

Voilà, monsieur le ministre, comment nous concevons l'axe majeur d'une politique de santé novatrice, réellement soucieuse des équilibres financiers.

Or, le projet de loi que vous nous soumettez aujourd'hui s'inscrit dans une autre logique, tournant le dos aux besoins de la population, aggravant et accélérant les inégalités devant la maladie, laissant encore une fois sans réponse les aspirations et les revendications des professionnels de la santé.

Pour reprendre l'expression de M. le rapporteur, fallait-il une réforme hospitalière ? La réponse, à l'évidence, est oui. Fallait-il cette réforme hospitalière ? C'est parce que nous répondons non, monsieur le ministre, que le groupe communiste et apparenté a décidé d'opposer la question préalable à votre projet de loi. (*Très bien ! et applaudissements sur les travées communistes.*)

**M. le président.** La parole est à M. Guy Penne, contre la motion.

**M. Guy Penne.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, je suis et j'ai toujours été hostile par principe au dépôt et au vote des questions préalables, car cela ne me semble pas une bonne procédure. Personnellement, je ne l'apprécie jamais, et ce n'est pas la première fois que j'ai l'occasion de le dire ici.

Cela aboutit à une autocensure, à un dessaisissement de notre assemblée. On estime qu'il n'y a rien à débattre. Pourtant, pourquoi ne pas débattre alors même que notre excellent collègue et ami M. Souffrin vient lui-même d'ouvrir largement le débat ? Pourquoi veut-il en priver les autres ? (*Sourires.*)

Chacun sait bien que le fonctionnement de l'hôpital s'est lentement dégradé et qu'il convient, dans ces conditions, de moderniser le cadre législatif dans lequel il fonctionne.

Depuis vingt ans, que de tâtonnements ! Aujourd'hui nous est proposé un texte qui a fait l'objet de la plus large concertation. L'adoption de la question préalable signifierait qu'à nos yeux il n'est pas nécessaire de débattre d'une réforme qui est attendue tant par les acteurs qui interviennent dans l'hôpital que par ceux qui souhaitent une plus grande humanisation.

Monsieur le ministre, M. le président Fourcade rêve de réécrire votre projet de loi, M. Souffrin veut en écrire un autre.

**Mme Hélène Luc.** Eh oui !

**M. Guy Penne.** Il convient donc, à mon sens, que nous travaillions ensemble à votre projet de loi, projet qui permettra de doter les établissements de santé publics et privés d'une organisation modernisée capable de répondre aux nombreux défis qui nous attendent.

En conséquence, le groupe socialiste ne peut que s'opposer à toute forme de procédure qui aboutirait à retarder ou à annuler le débat devant le Sénat. (*Très bien ! et applaudissements sur les travées socialistes.*)

**M. Claude Huriet, rapporteur.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Claude Huriet, rapporteur.** Monsieur le président, ce que je vais révéler devant le Sénat n'aura rien d'une surprise.

Lorsque le Gouvernement, prenant le risque de tronquer le débat sur la loi hospitalière à l'Assemblée nationale, a décidé d'appliquer l'article 49-3 de la Constitution, le Sénat, chambre de réflexion, dont la majorité est différente de celle de l'Assemblée nationale, aurait pu, pour des raisons que chacun aurait comprises, décider d'opposer la question préalable, considérant que l'application de l'article 49-3 à l'Assemblée nationale rendait inutile un débat devant le Sénat. Telle n'a pas été l'option finalement retenue.

La commission des affaires sociales a dès lors entrepris, dans des conditions que certains ont bien voulu évoquer voilà un instant, un travail qui a visé à modifier non pas les objectifs du texte du Gouvernement mais son contenu, dont M. Fourcade a dit à l'instant combien il nous avait paru trop pauvre et hors de proportion avec les enjeux que comporte une loi hospitalière. C'est donc cette voie qui a été retenue par la majorité sénatoriale.

La commission des affaires sociales présentera tout au long de l'examen des articles et des amendements qu'elle a proposés le résultat de ses réflexions, fruit d'une très large concertation.

Aussi, vous comprendrez, mes chers collègues, qu'au nom de la commission des affaires sociales je ne puisse vous appeler à répondre aux incitations de notre collègue du groupe communiste et que je souhaite, moi aussi, que vous vous opposiez à cette question préalable. (*Applaudissements sur les travées de l'union centriste.*)

**Mme Hélène Luc.** Le personnel hospitalier demande aussi le retrait de cette loi !

**M. le président.** Je mets aux voix la motion n° 160 tendant à opposer la question préalable, repoussée par la commission.

Je rappelle que son adoption aurait pour effet d'entraîner le rejet du projet de loi.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe communiste.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions réglementaires.

*(Le scrutin a lieu.)*

**M. le président.** Personne ne demande plus à voter ? ...

Le scrutin est clos.

*(Il est procédé au comptage des votes.)*

**M. le président.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 105 :

|   |     |
|---|-----|
| Nombre des votants .....                | 317 |
| Nombre des suffrages exprimés .....     | 317 |
| Majorité absolue des suffrages exprimés | 159 |

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| Pour l'adoption ..... | 16  |
| Contre .....          | 301 |

Le Sénat n'a pas adopté.

### Discussion générale (suite)

**M. le président.** Nous poursuivons donc la discussion générale.

J'indique au Sénat que, compte tenu de l'organisation du débat décidée par la conférence des présidents, les temps de parole dont disposent les groupes pour cette discussion sont les suivants :

Groupe du rassemblement pour la République, 65 minutes ;

Groupe de l'union centriste, 54 minutes ;

Groupe socialiste, 53 minutes ;

Groupe de l'union des républicains et des indépendants, 45 minutes ;

Groupe du rassemblement démocratique et européen, 32 minutes ;

Groupe communiste, 28 minutes.

La parole est à M. Taittinger.

**M. Pierre-Christian Taittinger.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, Joubert, qui fut non pas parlementaire mais moraliste, aimait à dire que le but d'une discussion devait être non la victoire mais l'amélioration.

Telle aura été, je pense, la détermination de la commission des affaires sociales, de son président et de son rapporteur, qui, pendant plusieurs semaines, se sont acharnés, après de multiples auditions, à essayer d'apporter à ce texte les corrections, les compléments qu'il appelait et, surtout, à combler les lacunes qui le caractérisaient.

Je me permettrai donc, pour ma part, en me réjouissant que la question préalable n'ait pas été adoptée, dans ce débat qui, j'en suis persuadé, sera très fructueux, de vous présenter quelques remarques et d'attirer votre attention sur des questions qui, jusqu'à cet instant, monsieur le ministre, sont restées sans réponse précise.

Ma première observation portera sur la méthode. Après le travail en profondeur de notre commission, il aurait été utile que le nouveau gouvernement prenne quelque temps pour réfléchir aux propositions que contenait le rapport du Sénat. Les pessimistes me diront que l'erreur est toujours pressée ! Mais quel dommage que le Gouvernement, qui souhaite la concertation, ne s'accorde pas un sursis, après le travail fait par une commission sénatoriale, pour en étudier le résultat !

Cette réflexion dépasse, en fait, le débat d'aujourd'hui ; elle vaut pour à peu près tous les textes de loi. Quand une commission sénatoriale a travaillé en profondeur, quand elle a cherché à trouver d'autres réponses, quand elle veut souligner, devant le Gouvernement, tel ou tel point particulier, il est regrettable que, presque instantanément, le débat en séance publique ne laisse pas à celui-ci le temps de voir exactement ce que souhaitait la commission... *(Applaudissements sur les travées de l'union centriste et du R.P.R.)*

**M. Emmanuel Hamel.** Très bien !

**M. Pierre-Christian Taittinger.** ... et surtout de tirer parti de toutes les modifications qui lui sont proposées. L'enjeu justifie cette période d'expectative.

Peut-être même, en allant plus loin, mes chers collègues, pourrait-on imaginer - M. le rapporteur l'a laissé entendre dans son intervention - que le Gouvernement puisse reconnaître au Sénat le mérite de présenter un contre-projet, un texte différent, mais avec la volonté d'atteindre les mêmes objectifs. Cela ne serait pas du tout contraire à la Constitution et permettrait, je crois, un débat encore plus intéressant.

Sur le fond du problème, qui ne serait pas d'accord ? Vouloir adapter l'hôpital à l'évolution de la science, des thérapeutiques, des comportements face à la maladie représente aujourd'hui une ambition naturelle. La seule question qui se pose à nous est la suivante : cette loi permettra-t-elle d'assurer la rénovation que nous espérons ?

Dans cette recherche, monsieur le ministre, la démarche gouvernementale se doit d'être à la fois pragmatique et consensuelle entre les trois principaux partenaires intéressés : le citoyen, l'Etat et les responsables des soins.

Votre démarche, monsieur le ministre, est encore trop marquée par les principes. La santé, comme l'éducation, comme la justice, sont nos biens essentiels. Il est déplorable que nous ne parvenions pas ensemble à trouver des solutions rationnelles qui soient acceptées et comprises pour tous.

Une étrange malédiction semble frapper les textes qui leur sont consacrés. Au-delà d'intentions louables, d'analyses sérieuses, de volontés proclamées, on aboutit à des projets qui sont à la fois riches en vocabulaire, pauvres en moyens financiers, insuffisants quant à leur dessein et trop souvent créateurs de structures, d'instances, de procédures, de mécanismes qu'on baptise, sans doute par humour, d'« avancées démocratiques », mais qui, en réalité, restent quand même des pesanteurs.

Après la loi scolaire, le projet de loi portant réforme hospitalière n'a pas su échapper à cette fatalité. Et pourtant la lecture de l'exposé des motifs était prometteuse, porteuse d'espoir comme l'ont très bien dit M. le président et M. le rapporteur de la commission des affaires sociales. Qui pouvait s'opposer à cette volonté de rechercher une amélioration et d'apporter des réponses ?

Notre analyse, reconnaissons-le, était proche. Nous connaissons les uns et les autres les difficultés, les faiblesses, les insuffisances de notre système hospitalier tout en sachant reconnaître à la fois ses aspects positifs et les services immenses qu'il rend à la population. Nous cernons très bien les raisons de ses échecs, en particulier tout ce qui explique la lourdeur de la gestion de l'hôpital public.

Sans pessimisme excessif, je crois que vos propositions, sur de nombreux points, si vous ne suivez pas la commission, ne faciliteront pas l'évolution que nous espérons, car elles restent encore à la fois rigides et théoriques.

Nous retrouverons ici un phénomène qui est un peu classique en France : après avoir fixé des objectifs, après avoir précisé des buts, après avoir esquissé un programme, le texte qui résulte finalement des réflexions communes apparaît toujours lourd, compliqué, enchevêtré.

Sommes-nous donc incapables, mes chers collègues, à l'instar des législateurs qui nous ont précédés, d'écrire en quelques lignes précises et claires des dispositions qui permettraient à l'hôpital de demain de fonctionner efficacement ?

Sans doute aurait-il été souhaitable, monsieur le ministre, de placer cette réflexion au sein d'une grande discussion sur les problèmes de santé. Un exemple : depuis trois ans, le Gouvernement a pris tellement de décrets et d'arrêtés statutaires qu'il est difficile aujourd'hui d'apprécier leur utilité profonde et de faire un bilan sur les avantages ou sur les inconvénients qu'ils présentent.

Pendant des années, quand la majorité actuelle était l'opposition, elle témoignait d'une sensibilité vigilante à toutes les expressions de faiblesse ou de défaillance de notre organisation sociale. Aujourd'hui, il semble que son acuité se soit émoussée.

Sommes-nous capables, par exemple, d'ouvrir le dossier des infirmières sans démagogie, au-delà des polémiques qui ont caractérisé les échanges à l'Assemblée nationale lors du débat en première lecture, c'est-à-dire en évitant les interjections du type, de la part des uns : « Qu'avez-vous fait pendant vingt ans ? », et de la part des autres : « Que faites-vous depuis dix ans ? » ?

Pourquoi ne pas apprécier avec un regard serein et non obstrué, là encore, par les principes, la vérité des situations, l'insuffisance des effectifs, l'inadaptation de la formation, le problème des rémunérations, les conditions concrètes du travail quotidien - qui sont proches de ce qu'elles étaient au début de ce siècle - et les modestes perspectives de déroulement de carrière ? Pourquoi n'aborde-t-on pas la réalité du travail à mi-temps - qui permettrait, notamment, à celles qui ont élevé des enfants de reprendre une activité - d'un système différent de primes, qui reposerait sur la qualité du service et prendrait en compte réellement le problème des heures supplémentaires, au lieu d'avoir un jeu de primes qui ne correspond strictement à aucune réalité ?

Je crains que les structures que vous proposez pour un nouveau dialogue social ne suffisent pas aujourd'hui à calmer leur impatience.

Il en est de même pour les praticiens hospitaliers. Les négociations que vous avez, à juste raison, engagées avec les syndicats n'ont pas avancé encore sur des points majeurs.

Sachez-le, monsieur le ministre, une loi ne changera jamais les comportements quotidiens.

Un autre exemple, la situation des directeurs d'hôpitaux n'est pas abordée de façon importante dans ce projet de loi, comme il conviendrait de le faire dans une démocratie moderne. Le directeur d'un hôpital ne peut plus être le fonctionnaire détaché d'une administration centrale. Son statut devrait se rapprocher de celui d'un chef d'entreprise, de celui d'un président d'une régie nationale. Dans les grands hôpitaux, ses responsabilités sont considérables. Or, aujourd'hui, il n'est en fin de compte qu'une courroie de transmission.

Dans ces conditions, à partir du moment où l'on n'aborde pas au fond telle ou telle situation, où l'on n'entend pas envisager, pour l'avenir, les positions de tel ou tel homme et ses responsabilités, que deviendra pratiquement votre ambition légitime, que nous partageons, d'accentuer l'autonomie et la souplesse de gestion, qui est la règle de toutes les sociétés modernes ?

Qui, aujourd'hui, dans une société qui se veut du XX<sup>e</sup> siècle, mes chers collègues, refuserait les principes d'autonomie et de souplesse de gestion ? On l'a vu à l'Est avec l'effondrement de la rigidité du service de l'Etat. Tout le monde le reconnaît. Au moment où s'ouvre ce débat devant la Haute Assemblée, en Union soviétique, on a supprimé le mot « socialistes » du sigle du régime parce qu'il apparaissait comme une pesanteur et une rigidité. Il faut en retenir la leçon. Mais, dans votre projet de loi, tout cela reste trop en filigrane, dans le domaine des bonnes intentions.

Ainsi, monsieur le ministre, face au pouvoir des préfets, au contrôle de la tutelle, au rôle accru de la chambre régionale des comptes, quelle sera, en fin de compte, la part d'autonomie qui restera aux acteurs de la santé pour assurer le développement et la modernisation de leur établissement tout en respectant - là, je vous rejoins - la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé ?

Autant il me paraît possible d'adhérer à l'idée d'une régularisation et d'une régionalisation de la planification, autant je partage l'inquiétude du Conseil économique et social quant aux modalités que vous envisagez, c'est-à-dire, là encore, les structures et les procédures. Que d'injustices ou de contraintes tutélaires risquent-elles d'entraîner !

Comment arriveront à fonctionner des établissements auxquels les autorisations d'activités et d'équipement seront délimitées pour une période limitée ?

Quel sera l'usage face à la richesse d'un vocabulaire trop luxuriant qui est utilisée dans trois dénominations : département, service et unité fonctionnelle, termes qui créent, dès le départ, une ambiguïté ?

Pour quelles raisons sérieuses le Gouvernement n'entend-il pas respecter les engagements pris par le législateur à l'égard des fonctions hospitalières et des consultants des hôpitaux, ce qui se révélera injuste et préjudiciable pour eux ?

Méditons, mes chers collègues, la réflexion du professeur Steg sur les âges limites et la légèreté de certaines appréciations : combien d'hommes précieux avez-vous inutilement, chaque année, fait partir de la fonction publique, où ils auraient pu rendre encore d'immenses services par leur expérience et leur compétence ?

Je souhaite que le Gouvernement puisse répondre avant la fin de notre discussion, et de façon précise, à ces questions. Je souhaite surtout qu'il puisse tenir compte des orientations que la commission des affaires sociales lui présente.

Si cette loi se veut, comme l'affirmerait votre prédécesseur, monsieur le ministre, une loi « de bon sens et d'équilibre », il est important de retenir les suggestions que nous vous présentons, et ce dans le seul intérêt des trois partenaires : le citoyen, l'Etat et ceux qui ont la responsabilité de notre santé. Sinon, je vous le dis sans pessimisme, le texte que vous nous proposez, monsieur le ministre, risquera, comme d'autres, d'être emporté par le fleuve, toujours tumultueux, qui engloutit les rendez-vous manqués. (*Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I., du R.P.R. et de l'union centriste, ainsi que sur certaines travées du R.D.E.*)

**M. le président.** La parole est à M. Madelain.

**M. Jean Madelain.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, l'enjeu d'une réforme hospitalière est d'apporter des réponses satisfaisantes à la crise que traverse l'hôpital et de préparer les conditions de sa modernisation.

Il apparaît donc indispensable, dans ce contexte, de prendre en compte les apports légitimes des gestionnaires et des personnels hospitaliers en conciliant l'évolution des besoins des malades avec la nécessaire maîtrise des dépenses de santé.

Les difficultés croissantes dans la gestion des établissements, qu'elles se traduisent en termes de crise de recrutement et de statuts inadaptés des personnels, de vieillissement du patrimoine et d'obsolescence de l'équipement, sont les conséquences d'une crise profonde.

Le projet de réforme qui nous est soumis aujourd'hui apparaît malheureusement très insuffisant pour régler les problèmes qui se posent et ne répond pas à la grande ambition formulée d'une modernisation du système de soins, d'une véritable dynamique pour les personnels hospitaliers.

Chacun d'entre nous est concerné par les évolutions de notre système de santé, qu'il s'agisse des progrès médicaux ou de l'organisation des établissements hospitaliers.

C'est pourquoi nous aurions souhaité un vaste débat au Parlement sur les transformations nécessaires de notre système de santé. Or, la plupart des dispositions essentielles qui figurent dans le projet de loi renvoient à des textes d'application. L'évolution de notre système de santé mériterait pourtant un véritable débat posant des questions de fond plutôt qu'une succession de mesures ponctuelles où tout est réglé à coup de décrets ou d'arrêtés.

L'un des principaux objectifs du projet de réforme est de donner un nouvel élan au service public hospitalier et de rétablir un plus juste équilibre entre les deux secteurs hospitaliers, public et privé.

S'agissant de l'hospitalisation privée, nous déplorons que le projet de loi ne traite que très partiellement de la place et de la situation offerte aux établissements privés sans but lucratif. Cela souligne qu'en certains points la procédure prévue pour ceux qui participent au service public hospitalier n'est pas compatible avec leur statut de droit privé. C'est d'autant plus regrettable que des conditions particulières d'organisation et de fonctionnement, relevant au surplus d'un simple décret, viennent s'ajouter à celles qui sont déjà prévues pour les établissements publics.

En fait, le projet de loi soumet l'hospitalisation privée à des contraintes nouvelles pour l'attribution des autorisations de service public et pour la procédure budgétaire.

N'aurait-on pas pu prévoir une simplification de la procédure budgétaire des établissements privés à but lucratif ? C'est une question !

Monsieur le ministre, permettez-nous de regretter qu'aucune proposition de réelle harmonisation des règles de fonctionnement financier des secteurs public et privé ne soit formulée, ce qui est pourtant le fondement essentiel de toute véritable réforme hospitalière.

Vous prétendez établir un plus juste équilibre entre les deux secteurs, privé et public, d'hospitalisation. En fait, un plus juste équilibre signifie, pour vous, la planification. On peut craindre que ce ne soit tout le système de santé qui se trouve planifié, au détriment d'une nécessaire liberté d'initiative, d'action et de gestion.

L'hôpital local ne voit pas ses missions précisées et a obligation de passer convention avec un centre hospitalier pour assurer les soins qu'il dispense. Quel sera l'avenir des petits hôpitaux locaux ? Ils ont un rôle à jouer et il aurait été bon de le préciser.

**M. Adrien Gouteyron.** Absolument !

**M. Paul Souffrin.** Très bien !

**M. Jean Madelain.** Il faut déplorer, par ailleurs, que les alternatives à l'hospitalisation n'apparaissent pas nettement. Le développement de ces alternatives, auquel doivent participer non seulement l'hôpital public, mais également le secteur privé, est pourtant de la plus grande importance.

Dans le cadre d'une prise en charge globale du malade, les établissements du service public dispensent au patient, durant son séjour, les soins préventifs, curatifs ou palliatifs dont il a besoin et veillent à ce qu'ils soient continués à la sortie.

Cette notion de prise en charge globale du malade, mentionnée dans l'exposé des motifs, aurait dû être reprise explicitement dans le corps du texte, car elle implique que le rôle de l'hôpital va bien au-delà du simple aspect curatif.

S'agissant du droit à l'information, nous ne pouvons que nous réjouir du fait que soit réaffirmé le droit du malade et de sa famille à la communication des informations contenues dans son dossier médical, par l'intermédiaire du médecin.

Nous souhaitons, par ailleurs, que les départements d'outre-mer ne soient pas oubliés et que les moyens nécessaires leur soient fournis en matière de santé. Je pense, en particulier, à la Réunion. C'est un thème que notre collègue M. Virapoullé aurait souhaité développer, s'il n'avait été retenu dans son département.

Ce projet de réforme, bien qu'il présente certains points de détail positifs, constitue une étape supplémentaire dans l'installation d'un contrôle de plus en plus pesant sur notre système de soins. Permettez-moi de vous dire, monsieur le ministre, que, derrière les bonnes intentions que vous avez annoncées, se cachent des mesures que nous jugeons inacceptables et incomplètes.

Pour ces raisons, le groupe de l'union centriste ne pourra voter votre projet de réforme en l'état où il nous vient de l'Assemblée nationale. En revanche, nous apporterons un entier soutien aux 157 amendements proposés par la commission des affaires sociales. A cet égard, je tiens à rendre un hommage tout particulier à notre excellent rapporteur, M. Claude Huriet, dont la compétence a permis d'effectuer un travail constructif et de qualité.

C'est donc en suivant les propositions de la commission des affaires sociales que le groupe de l'union centriste votera le projet de loi ainsi modifié. *(Applaudissements sur les travées de l'union centriste, de l'U.R.E.I. et du R.P.R. ainsi que sur certaines travées du R.D.E.)*

**M. le président.** La parole est à M. Descours.

**M. Charles Descours.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, avant d'aborder l'examen du projet de loi qui nous est soumis, je voudrais faire allusion à l'ambiance très particulière dans laquelle se déroule notre discussion.

Les infirmières et les médecins anesthésistes des hôpitaux sont en grève depuis deux semaines, après avoir mené d'autres mouvements revendicatifs. Aujourd'hui, les professionnels libéraux de santé sont également en grève, à 90 p. 100 dans certains départements, et tel sera encore le cas demain. Ils manifesteront massivement le 11 juin à Paris pour protester contre les mesures agressives à leur encontre que le Gouvernement a proposées ces derniers mois, notam-

ment lors du D.M.O.S. adopté à la fin du mois de décembre dernier et publié le 10 janvier. Le 13 juin, ce sera au tour des médecins des hôpitaux d'avoir une journée revendicative.

Devant ce malaise profond et généralisé que ressentent l'ensemble des professionnels de santé - nous les comprenons pour les côtoyer encore fréquemment - il paraît un peu dérisoire, et même intemporel, de discuter d'un texte traitant de planification, d'organisation et d'autonomie des services alors que le feu est dans la maison...

Il est bien évident que le projet qui nous est soumis ne répond pas à ce malaise. Mais, d'un autre côté, refuser de discuter de cette organisation aurait profondément choqué tous les professionnels que nous avons rencontrés. C'est donc en intégrant et en comprenant le climat dans lequel travaillent mes confrères et leurs collaborateurs que je vais maintenant discuter du texte qui nous est soumis.

Notre rapporteur, M. Claude Huriet, a dit excellemment ce qu'il fallait penser sur le fond de ce projet de loi portant réforme hospitalière, présenté par le Gouvernement et transmis, amendé, par l'Assemblée nationale. J'y reviendrai dans quelques instants.

Je voudrais, tout d'abord, rappeler dans quelles circonstances politiques - je les qualifierai d'extraordinaires - nous discutons de ce projet de loi.

Ce texte est le fruit d'une longue maturation. Le précédent ministre des affaires sociales, M. Claude Evin, l'avait annoncé voilà deux ans et demi. Depuis, de multiples échanges et rencontres avec les professionnels ont eu lieu, ce dont nous donnons acte au Gouvernement. Les contacts furent pris, d'abord sous la direction du docteur Peigné, auteur d'un rapport qui fit quelque bruit, puis sous celle de M. Couty, directeur d'hôpital, conseiller technique au cabinet du ministre.

Cela donna lieu à un « diagnostic » - si je puis dire en parlant de ce sujet - à peu près exact sur la santé des hôpitaux, mais le projet de loi qu'en a tiré le Gouvernement est tellement insipide que, même amendé par l'Assemblée nationale, il a dû être adopté par la procédure de l'article 49-3, ce qui, pour un texte de société, comme l'on dit, est proprement insupportable.

C'est le premier point que je voudrais stigmatiser : il était dans les ambitions du Gouvernement de faire un texte pour remplacer ou, du moins, adapter la loi hospitalière de 1970 aux évolutions qu'avait connues l'hospitalisation publique et privée depuis vingt ans.

L'accord étant réalisé sur le diagnostic, si le Gouvernement s'était gardé de faire de l'idéologie, un texte largement approuvé aurait dû voir le jour. Or, force est de constater que tel n'est pas le choix que vous avez fait, monsieur le ministre, et que, à moins que vous n'acceptiez le texte que nous vous présentons et que vous le fassiez approuver par votre majorité à l'Assemblée nationale - ce que je souhaite, bien sûr - la loi de 1991 devra bien vite être remise en chantier, comme celle de 1984, et qu'elle n'aura ni l'ampleur ni l'importance ni la durée de celle de 1970, ce que je regrette.

Enfin - c'est le second point paradoxal sur lequel je voudrais insister - le texte qui nous est soumis aujourd'hui a été approuvé à l'Assemblée nationale, dans les conditions que l'on sait, sous l'autorité d'un gouvernement, et il est défendu aujourd'hui par un autre gouvernement, ce qui est rare dans les annales de la V<sup>e</sup> République ; M. Taittinger vient de le souligner.

Cet intermède aurait pu être mis à profit par le Gouvernement pour réfléchir et amender son projet. Certes, vous êtes toujours là, monsieur le ministre délégué à la santé, mais l'inspirateur du texte, M. Evin, comme je le rappelais tout à l'heure, n'y est plus, et il doit méditer la fable de celui qui sait tirer les marrons du feu au risque peut-être de s'y brûler, voire de s'y griller ! *(Sourires.)*

Mais revenons sur le fond pour dire combien et pourquoi nous soutenons notre rapporteur.

La nécessité d'une réforme hospitalière n'est discutée par personne ; l'évolution évidente des technologies et des pathologies l'impose. Est-il besoin de rappeler l'extraordinaire développement des greffes d'organes, qui vont devenir bientôt une partie primordiale de la chirurgie, le développement de l'endoscopie et des méthodes d'exploration non invasives, l'apparition de nouvelles pathologies comme le sida ? L'énumération pourrait être longue.

Mais au-delà de ces problèmes purement médicaux, il faut insister sur le changement considérable du paysage économique. Au plein-emploi des années soixante et soixante-dix a succédé une période de récession où le chômage frappe plus de 2 500 000 personnes actives dans notre pays, ce qui, entre autres conséquences, déséquilibre de façon fondamentale et durable notre système de soins et de protection sociale, imposant des remèdes urgents et drastiques, au risque de le voir s'effondrer.

La sécurité sociale est, d'abord, malade du chômage. En effet, 800 000 ou 1 million de chômeurs en moins permettraient son équilibre. Lorsque nous discutons de ces problèmes, il ne faut jamais oublier que le déséquilibre de la sécurité sociale est, d'abord, dû à l'augmentation du chômage. Si notre pays ne comptait que 1 500 000 million de chômeurs - ce qui serait encore beaucoup - notre système de protection sociale serait équilibré. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R. et de l'U.R.E.I.*)

**M. Jean Chérioux.** Tout à fait !

**M. Adrien Gouteyron.** Très bien !

**M. Charles Descours.** L'évolution sociale et démographique, enfin, doit être soulignée. Les « trente glorieuses » ont entraîné une élévation considérable du niveau de vie et la santé est désormais perçue non comme un don, mais comme un droit, alors que l'échec thérapeutique est considéré quasiment comme une erreur demandant justification, voire réparation.

De même, l'augmentation de la durée moyenne de vie - soixante-douze ans pour les hommes et soixante-dix-sept ans pour les femmes - exige de nouvelles réponses sociales, et le formidable problème de la dépendance des grands vieillards est devant vous.

C'est probablement le reproche de fond, le reproche primordial que l'on peut adresser à votre projet de loi, monsieur le ministre. Il fallait, d'abord, répondre aux défis que je viens de citer et traiter dans la loi de 1970, avant la partie proprement sanitaire, toute la partie intéressant la division entre le médical et le social, dont les conditions ont été profondément bouleversées depuis vingt ans en raison des circonstances que je viens d'évoquer.

Cela aurait permis d'évoquer, notamment, un problème essentiel qui inquiète nombre de maires et que d'autres orateurs et vous-même, monsieur le ministre, ont abordé : la transformation, et non pas la fermeture, comme on le dit trop souvent, de lits aigus en lits chroniques, soit dans les hôpitaux généraux - 50 000 lits - soit dans les hôpitaux psychiatriques - plus de 20 000 lits.

Cela aurait permis aussi de souligner les conséquences que cela entraîne et de rappeler que, si 2 200 postes, ou plus, de chefs de service dans les hôpitaux généraux ne sont pas pourvus, c'est que se pose un problème qu'il est vain d'éluder tenant aux conditions de salaire, de carrière, de travail, de vie.

Je voudrais, d'ailleurs, souligner que les problèmes affectant notre système de santé sont beaucoup plus vastes que ceux que nous évoquons, puisque aujourd'hui et demain, je le disais tout à l'heure, l'ensemble des professionnels libéraux sont et seront en grève - celle-ci est massivement suivie - acculés qu'ils ont été à cette extrémité par les mesures spoliatrices et brutales que le Gouvernement leur a imposées.

Je tiens à les saluer et à leur dire, en mon nom personnel et, je l'espère, au nom de la majorité sénatoriale tout entière, que je les comprends et que je souhaite plein succès à leur grande manifestation nationale du 11 juin à Paris.

Mais revenons au texte qui nous est soumis. Beaucoup l'ont dit et je le répète : l'exposé des motifs qui précédait le projet était bon. Je voudrais simplement en citer les chapitres.

Donner un nouvel élan au service public hospitalier et rétablir un plus juste équilibre entre le service public et le secteur privé lucratif : d'accord. Peut-être n'avons-nous pas la même notion de l'équilibre...

Renforcer la logique médicale de l'organisation sanitaire : bravo !

Accroître l'autonomie des établissements et développer les responsabilités des acteurs du système hospitalier : trois fois bravo !

Améliorer la concertation et le dialogue au sein des établissements : le rapporteur de la commission d'enquête sénatoriale sur les personnels paramédicaux que je suis ne peut qu'être totalement d'accord.

Confirmer et enrichir le partenariat entre l'Etat et l'assurance maladie : pourquoi pas ?

Préparer l'avenir et favoriser l'adaptation de notre système hospitalier : ce chapitre essentiel n'avait qu'une page dans l'exposé des motifs, mais il y figurait.

Qu'avons-nous vu ? Nous avons reçu un texte où ces grandes intentions étaient à peine ébauchées, laminées peut-être par des arbitrages, en tout état de cause pas du tout « le » texte que les professionnels attendaient. Il est, d'ailleurs, significatif que, lors des auditions que la commission a organisées, toutes les délégations médicales, paramédicales ou administratives s'y soient montrées hostiles, les plus favorables émettant de très sérieuses réserves de fond.

Quelle devait être l'attitude du Sénat ? Devait-il répondre au coup de force du recours à l'article 49-3 par un autre coup de force en opposant la question préalable ? J'y ai pensé, monsieur Souffrin, mais il nous a semblé que ce geste politique ne serait ni compris ni apprécié des professionnels, et la gravité de la situation dans les hôpitaux l'interdisait.

Il ne restait donc plus à la commission des affaires sociales qu'à le compléter, à l'amender, bref quasiment à le réécrire. Cela a pu être fait très largement grâce à la méthode proposée par le président Fourcade.

Les amendements des groupes qui l'ont voulu ont été soumis à la commission en même temps que les amendements proposés par le rapporteur. Dans un très grand nombre de cas, la commission en a tenu compte et en a fait une synthèse, si bien qu'il y aura très peu d'amendements au nom de mon groupe puisque nos remarques, pour l'essentiel, ont été retenues par la majorité de nos collègues.

Au cours de la discussion des articles, je reviendrai sur plusieurs points. Je voudrais insister, dès maintenant, sur quelques-uns qui, pour nous, sont essentiels.

Pour tout ce qui concerne la planification, il importe que l'on prenne en compte et que puisse se faire entendre l'ensemble des établissements de soins : publics, privés à but non lucratif participant au secteur public ou non, privés à but lucratif, notamment dans la définition des besoins et des structures alternatives à l'hospitalisation.

Il importe aussi que la durée de l'autorisation ne soit pas comme une épée de Damoclès suspendue au-dessus de la tête des établissements privés, et qu'elle permette d'engager des investissements, pour lesquels la durée d'existence de l'établissement est une condition *sine qua non*.

Il est évident que le texte tel qu'il nous vient de l'Assemblée nationale n'est pas acceptable.

Pour l'organisation interne des hôpitaux, il apparaît comme essentiel que l'on abandonne la notion idéologique du département, qui avait été repoussée par la très grande majorité des professionnels après 1984 et qui réapparaît avec une structure complètement parallèle à celle de services. Il faut en rester à la notion raisonnable de département, de fédération de services ou d'unités fonctionnelles, volontaire et encouragée par des mesures incitatives. Il s'agit, pour nous, d'une condition extrêmement importante qui doit être retenue dans le texte de loi.

En revanche, la notion d'unités fonctionnelles pour assurer un avenir aux praticiens hospitaliers nous semble tout à fait bénéfique, à condition que ces unités restent sous l'autorité du chef de service et que leur création soit faite par le conseil d'administration, avec l'accord de ce chef de service.

Je voudrais dire que la situation n'est pas la même à Paris et en province. On ne peut comparer la situation à Paris, où il y a 1 200 chefs de service professeurs et 400 praticiens hospitaliers, et la situation du C.H.U. à Nîmes, où il y a 18 chefs de service professeurs et 120 praticiens hospitaliers. Je ne crois pas que l'on puisse interdire une carrière à ces praticiens hospitaliers. C'est pourquoi la notion d'unité fonctionnelle me semble être un bon apport du texte.

L'autonomie décisionnelle des conseils d'administration des hôpitaux doit être également largement renforcée, comme vous l'avez indiqué dans votre exposé des motifs, monsieur le ministre.

Nous pensons que le texte ne va pas assez loin et que le contrôle des décisions par la tutelle doit s'effectuer *a posteriori* et non *a priori*, y compris, probablement à terme, le contrôle des décisions budgétaires, même si, à la différence des collectivités locales, je le sais bien, les hôpitaux ne lèvent pas l'impôt. Mais, monsieur le ministre, il vous faut vaincre les réticences et les blocages du ministère des finances. Je sais bien qu'en disant cela je vous aide dans cette tâche.

La notion de « budget global ascendant », remplaçant la dotation globale actuelle, nous semble également à revoir. Comme M. Claude Huriet le souligne dans son rapport, cette notion est imposée avec un coefficient identique pour tous s'agissant d'une situation donnée, alors que la situation est évolutive.

Les notions d'évaluation et de coût par pathologie doivent être progressivement mises en œuvre. La commission des affaires sociales a organisé des missions dans la plupart des grands pays développés.

Si nous n'avons pas tiré beaucoup d'enseignements de notre mission aux Etats-Unis, puisque, en vertu d'un système trop inégalitaire, 35 millions d'Américains ne sont pas assurés, il nous est cependant apparu que le coût par pathologie est à retenir.

Sans aller, dans un premier temps, jusqu'au 457 pathologies qu'évoquait M. Souffrin, comme cela se fait aux Etats-Unis, on pourrait tout de même débiter par une vingtaine de pathologies, à condition, bien entendu, que le même coût par pathologie soit appliqué aux cliniques privées et aux hôpitaux publics.

Je sais que ce point est débattu de part et d'autre. Mais il faut sortir de cette guerre entre le public et le privé. Tant que l'on restera au budget global d'un côté et au prix de journée de l'autre, nous n'en sortirons pas. J'ai expliqué aux cliniques privées qu'elles risquaient, à terme, d'en faire les frais, surtout si la majorité actuelle reste au pouvoir.

Il est nécessaire enfin que les amendements que nous avons proposés sur le « consultanat » et la non-rétroactivité de la loi soient retenus pour éviter des injustices et même de l'incohérence.

Telles sont, monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, les remarques que je voulais faire dans la discussion générale. Je préciserai notre position au cours de la discussion des articles.

Mon groupe apportera son soutien aux amendements proposés par la commission et son rapporteur et donc à l'ensemble du texte ainsi amendé. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'union centriste et de l'U.R.E.I., ainsi que sur certaines travées du R.D.E.*)

**M. le président.** La parole est à M. Collard.

**M. Henri Collard.** Le projet de loi que vous présentez au Sénat, monsieur le ministre, du moins à la lecture de l'exposé des motifs, nous paraît très ambitieux puisqu'il a, en particulier, pour premier objectif de donner un nouvel élan au service hospitalier public et de rétablir un plus juste équilibre entre les deux secteurs de l'hospitalisation publique et de l'hospitalisation privée.

Bien entendu, nous adhérons volontiers tous à ce beau projet. Malheureusement, je n'ai pas retrouvé, dans le projet de loi, les propositions correspondant à cette ambition.

Néanmoins, la commission des affaires sociales, ainsi que son président, M. Jean-Pierre Fourcade, et son rapporteur, M. Claude Huriet, ont réalisé un travail dont l'importance et la qualité attirent toutes nos félicitations.

Après une excellente analyse de la situation hospitalière, la commission présente des amendements nombreux qui modifient dans le bon sens le texte du projet de loi. Même amélioré, ce projet de loi restera incomplet.

Pour ma part, je ferai quatre observations sur ce texte.

La première portera sur l'organisation des soins, tout particulièrement à l'égard des personnes âgées, qui sont les plus importantes consommatrices de soins.

La deuxième observation vise les rapports entre le secteur privé et le secteur public. Les propositions faites dans le projet de loi aggravent plutôt le déséquilibre, alors qu'il est au contraire souhaitable de trouver un équilibre pour, enfin, arrêter ce faux conflit entre le public et le privé dont les malades sont, pour l'instant, les victimes.

La troisième observation a trait à l'organisation médicale et administrative de l'hôpital. Deux aspects me paraissent complexes et, peut-être, dangereux pour l'avenir. Il s'agit de l'organisation simultanée en service et département, avec des responsables médicaux nommés différemment, et de l'administration de l'hôpital. A ce sujet, il y a un renforcement trop important des pouvoirs du directeur à travers la complexité des organismes participant à l'administration de l'hôpital.

La quatrième observation concerne le budget global, qui est, sans doute, l'instrument de financement du fonctionnement quotidien de l'établissement, mais qui n'est sûrement pas l'instrument d'une politique d'investissement hospitalier à long terme.

Ma première observation porte donc sur l'organisation des soins à l'hôpital. L'augmentation de la demande de soins, les évolutions des thérapeutiques et des équipements médicaux depuis plusieurs décennies, le vieillissement de la population ont profondément transformé les besoins de soins.

L'un des problèmes essentiels de la société française d'aujourd'hui et de demain est celui de la dépendance des personnes âgées. Le problème n'est pas abordé, ou l'est à peine, dans ce projet de loi. Il est vrai qu'il devrait l'être au cours d'une prochaine session. Il me semble pourtant qu'il devrait avoir sa place dans un projet de loi sur la réforme hospitalière.

Rappelons quelques chiffres qui figurent d'ailleurs dans le rapport de M. Claude Huriet : en France, en 1990, 1 800 000 personnes ont plus de 80 ans. C'est de celles-ci qu'il s'agit essentiellement. Elles seront au nombre de 2 500 000 dans trente ans.

Les dépenses hospitalières des personnes âgées de plus de 80 ans sont de loin les plus importantes : deux fois et demie de plus que la moyenne des autres malades. Les deux tiers des dépenses médicales - plus de 400 milliards de francs en 1990 - tant à l'hôpital qu'à domicile, sont le fait des personnes âgées de plus de 65 ans. Bien entendu, ces dépenses augmenteront en proportion dans les années à venir avec la prolongation de l'espérance de vie.

Le projet de loi n'aborde pas ce problème essentiel de la nature même du financement de la dépendance.

Pour les médecins, quel que soit l'âge, la dépendance reste une maladie. Qu'une hémiplegie survienne à une personne de 60 ans ou de 80 ans, elle est la conséquence d'une pathologie et doit être considérée comme telle.

Il ne paraît pas normal qu'après une prise en charge par l'assurance maladie, le plus souvent d'ailleurs à 100 p. 100 pour les longues maladies, le malade se trouve exclu du champ de l'assurance et se retrouve soit à l'hôpital en long séjour, soit dans une maison d'accueil de personnes âgées dépendantes en section de cure médicale, soit à domicile quand il existe une structure de soins à domicile, avec un forfait maladie qui est toujours très inférieur au coût réel de la maladie.

Ces frais d'hébergement sont, bien entendu, financés soit par le malade s'il en a les moyens, soit par l'aide sociale départementale dans le cadre soit de l'allocation compensatrice, soit du forfait hébergement.

Monsieur le ministre, nous attendons donc avec intérêt le projet de loi sur la dépendance qui doit être proposé prochainement au Parlement. Souhaitons que ce texte permette aux personnes âgées dépendantes de bénéficier de la même qualité de soins que l'ensemble des autres malades et que l'assurance maladie accepte de prendre en charge le coût réel de cette dépendance.

Ma deuxième observation concerne les rapports entre le secteur public et le secteur privé.

L'exposé des motifs du projet de loi prévoit de rétablir un plus juste équilibre entre les deux secteurs d'hospitalisation : le secteur public et le secteur privé lucratif. C'est une ambitieuse proposition.

Personnellement, je crains au contraire que les propositions du projet de loi n'aggravent les difficultés des cliniques privées.

Notre collègue M. Claude Huriet, dans son rapport, indique les importantes modernisations du secteur privé depuis une vingtaine d'années : regroupement des établissements, installations d'équipements lourds et onéreux, complémentarité et coopération avec l'hôpital public dans de nombreuses régions et dans de nombreuses spécialités.

Grâce à cette évolution et à ces modernisations, beaucoup d'établissements privés pratiquent une médecine et une chirurgie de pointe et le malade peut ainsi librement choisir entre l'hôpital et la clinique, avec la certitude d'une égale qualité de soins.

D'ailleurs, quelques chiffres donnés dans le rapport de notre collègue M. Claude Huriet confirment la qualité de l'offre de soins des établissements privés.

Avec 200 000 lits, c'est-à-dire la moitié du secteur public, le secteur privé accueille une clientèle égale à 60 p. 100 du secteur public grâce à des durées de séjour plus courtes.

Malgré un personnel relativement moins nombreux - 220 000 personnes dans le secteur privé contre plus de 700 000 personnes dans le secteur public - l'accueil du malade dans le privé est le même, parfois meilleur.

Il est vrai que les pathologies les plus lourdes et les plus coûteuses sont plutôt dirigées vers le secteur public.

Au total, s'il existe une concurrence saine entre le secteur public et le secteur privé, on ne constate pas de conflits, ni même de déséquilibre réel.

D'ailleurs, les médecins dirigent le malade le plus souvent indifféremment vers une clinique ou un hôpital. Si le choix doit être fait vers l'un ou l'autre, il est fait en fonction de la pathologie ou de la spécificité du service et rarement en fonction des ressources du malade.

C'est la raison pour laquelle le projet d'instauration d'un régime d'autorisation à durée déterminée pour les équipements, tel qu'il est prévu dans le projet de loi, nous paraît une mesure contraignante et contraire à la libre entreprise des cliniques privées.

Par cette mesure, l'Etat contrôlera les établissements privés comme il contrôle déjà les hôpitaux publics par le budget global et le taux directeur.

De même, la limitation du nombre des actes de chirurgie et de certaines spécialités - biologie, radiologie, etc. - qui vient d'être imposée aux cliniques par décret risque d'entraîner une diminution de la qualité des soins. Cette mesure est d'autant plus injuste que le coût d'un traitement ou d'une intervention chirurgicale est souvent moins élevé dans le secteur privé que dans le secteur public.

Ma troisième observation concerne le fonctionnement et l'organisation du secteur hospitalier public.

Ces questions seront largement débattues et feront l'objet de nombreux amendements de la commission des affaires sociales. Pour ma part, j'insisterai, d'une part, sur l'insuffisance des traitements des personnels médicaux et paramédicaux - on vient de faire part de leur dévouement, de leurs qualités et de la légitimité de leurs revendications, et je m'associe à ces propos - d'autre part, sur l'insuffisance des équipements.

Récemment, un magazine médical a publié les résultats d'une enquête sur la santé des Français et a établi un classement départemental fondé sur plusieurs critères, dont l'un concerne justement les personnels et les équipements hospitaliers.

Force est de constater que beaucoup d'hôpitaux généraux n'ont pas les équipements nécessaires à une médecine de pointe. Les médecins sont donc dans l'obligation de transférer certains malades dans d'autres hôpitaux mieux équipés. Est-il normal, par exemple, qu'un département de plus de 500 000 habitants, comme le département de l'Eure, que j'ai l'honneur de représenter, ne possède qu'un seul scanner public et qu'un seul scanner privé ? J'ajoute que ces scanners sont limités à un certain nombre d'actes médicaux.

Par ailleurs, est-il normal que ce même département ne possède qu'un seul R.M.N., qu'un appareil à résonance magnétique nucléaire ?

En ce qui concerne l'organisation hospitalière, le projet de loi propose de créer ou plutôt de recréer, puisqu'ils existaient dans une loi précédente, les départements, avec des chefs de département nommés par les conseils d'administration, tout en conservant les services, dirigés par des chefs de service nommés par le ministre.

Est-il souhaitable et efficace de créer une structure médicale supplémentaire, notamment pour ces hôpitaux de moyenne capacité, qui sont les plus nombreux et qui recueillent le plus de malades ? En effet, la plupart de ces hôpitaux fonctionnent bien avec le système actuel.

La nomination pour une durée déterminée de cinq ans peut paraître un moyen de dynamiser et de mobiliser les médecins. Mais pourquoi prévoir deux statuts différents selon qu'ils seront chefs de service ou chefs de département, d'autant que, dans la plupart des hôpitaux de moyenne capacité, les fonctions de chef de département ou de chef de service seront identiques ? Il s'agira de chefs médicaux, les médecins-chefs.

Vouloir faire nommer le responsable du département par le conseil d'administration relève peut-être d'une logique souhaitable de déconcentration et d'autonomie de l'établissement. Mais cette mesure peut présenter des risques. En effet, le président ou les membres des conseils d'administration n'ont pas toujours une connaissance complète de la qualité des médecins postulants aux responsabilités et doivent s'en remettre à l'avis de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'établissement dont les pouvoirs pourraient ainsi être fortement, voire dangereusement, augmentés.

Il me semblerait préférable que le médecin chef de service et le médecin chef de département soient nommés par la même autorité, leur nomination pourrait par exemple être proposée par le conseil d'administration, puis arrêtée par le préfet, qui a en charge la santé dans le département.

A cet égard, on peut d'ailleurs se demander pourquoi le maire ou le président du conseil général est président du conseil d'administration d'un établissement alors que ni la commune ni le département ne contribuent à son financement et que ses compétences relèvent exclusivement de l'Etat. Il y a là, me semble-t-il, une incohérence.

Le dernier aspect que j'évoquerai concerne le budget global.

L'instauration du budget global a permis de mieux maîtriser les dépenses, tout en permettant une relative autonomie pendant quelques années. Cependant, encadrée par un taux directeur rigide et peu évolutif, l'augmentation des budgets des hôpitaux a été insuffisante et, progressivement, les possibilités d'autofinancement ont diminué.

Actuellement, le budget global traduit essentiellement les dépenses d'exploitation. Quant aux emprunts, ils sont et seront de plus en plus nécessaires pour réaliser les investissements. Les annuités de remboursement pèsent et pèseront de plus en plus lourd sur le budget de l'établissement.

Je sais que c'est un problème difficile à résoudre. D'une part, il est nécessaire de limiter l'augmentation des dépenses hospitalières. Mais, d'autre part, il est tout aussi important de laisser une marge d'autofinancement indispensable aux investissements.

Après l'abandon du régime des prix de journée, qui s'était révélé trop inflationniste, je pense aussi qu'il faudra modifier ce régime du budget global qui, tel qu'il existe aujourd'hui, est certainement trop contraignant et, surtout, entraîne une diminution des possibilités d'investissements et, en conséquence, de la qualité des soins.

En conclusion, voilà les quelques observations personnelles que je souhaitais faire concernant le projet de loi qui est soumis au Sénat.

Son exposé des motifs était ambitieux et généreux. Le projet de loi ne traduit pas cette volonté. Cependant, les nombreux amendements de la commission des affaires sociales améliorent incontestablement le texte.

Je voterai donc le texte amendé par la commission des affaires sociales. Mais je ne crois pas, pour reprendre les mots utilisés dans l'exposé des motifs, que ce projet de loi puisse préparer l'avenir et favoriser l'adaptation de notre système hospitalier aux défis du XXI<sup>e</sup> siècle. (*Applaudissements sur les travées du R.D.E., de l'union centriste, du R.P.R. et de l'U.R.E.I.*)

**M. le président.** La parole est à M. Guy Penne.

**M. Guy Penne.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous ne referons pas aujourd'hui l'histoire de l'hôpital. D'autres l'ont déjà très bien fait et, en la matière, les ouvrages de référence ne manquent pas.

Une réforme hospitalière est réclamée par tous, ici et ailleurs, par ceux qui contribuent à la délivrance des soins, par ceux qui gèrent et par les malades.

En son temps, une étape déterminante avait été franchie par l'instauration des centres hospitaliers universitaires et des centres hospitaliers généraux. Mais les structures ont vieilli et le Gouvernement a eu raison d'entreprendre une consultation sans précédent auprès de tous ceux qui peuvent être concernés par cette loi et, contrairement à un certain nombre de collègues qui sont intervenus avant moi, j'ai rencontré de nombreux interlocuteurs qui étaient très intéressés par les propositions du Gouvernement. (*M. Charles Descours s'exclame.*) Cela nous change d'une certaine méthode, que j'avais dénoncée en son temps, quand, au petit matin, au détour d'un D.M.O.S., on rétablissait le secteur privé, sans consultation préalable et sans tenir compte ni d'aucune protestation, ni d'une quelconque ébauche de négociation que, pour ma part, je réclamais au ministre de l'époque.

**M. Claude Estier.** Très bien !

**M. Guy Penne.** Rappelons brièvement les évidences qui s'imposent à tous aujourd'hui à l'égard de la crise que vous voulez combattre, à savoir les progrès de la technologie médicale et paramédicale, la modification et l'apparition de nouvelles pathologies, les exigences justifiées des malades, le recrutement qualitatif et quantitatif des personnels médicaux et non médicaux, ainsi que leur formation, la gestion des établissements, leur conception, leur nature, leur mise en concurrence parfois, au détriment des deniers publics et sans qu'il y ait toujours bonne contrepartie pour les malades.

Ce sont, parmi bien d'autres, des éléments qui entourent la crise de l'hôpital public. Chacun les connaît plus ou moins mais, lorsqu'il faut établir le plan de traitement, les thérapeutiques envisagées sont variables.

La qualité des médecins n'est généralement pas contestée par les malades. Pourtant, dans les C.H.U., le mode de sélection des étudiants pour le P.C.E.M. se révèle aujourd'hui inadapte et des problèmes de démographie médicale se posent. Les filières de spécialisation sont trop étanches et les hiérarchies assez souvent pesantes. Les jeunes praticiens français ne sont plus assez nombreux pour remplir des postes mal rémunérés et sans réelles responsabilités. Il en est de même pour les personnels non médicaux.

Nous souhaitons que le service infirmier soit mieux considéré et que le directeur du service des soins infirmiers soit associé dans l'élaboration des décisions à plusieurs niveaux. J'avais déposé en commission un amendement qui aurait permis d'impliquer la consultation du directeur ou du responsable des soins infirmiers, lorsqu'il n'y a pas de directeur, pour l'élaboration du projet d'établissement. J'ai retiré mon amendement, estimant qu'il était possible de ne pas allonger le deuxième alinéa de l'article L. 714-4. Mais j'espère, monsieur le ministre, que vous pourrez avoir une attitude incitative auprès des directeurs, par les moyens que vous jugerez les mieux appropriés.

L'esprit qui m'anime est le même lorsque je propose que l'infirmier général soit membre de droit de la commission médicale d'établissement, par un amendement à l'article L. 714-16.

Il conviendrait également de prévoir un assouplissement des procédures qui permettent au directeur, certes, mais pas seulement à lui, de consulter les représentants du service de soins infirmiers.

L'élaboration des protocoles médicaux et des formations passe par la nécessaire coopération entre les partenaires qui assurent les soins.

Les techniques médicales lourdes sont généralement appréciées et les équipements de pointe ne manquent pas. Mais l'accueil et la qualité de la vie du malade à l'hôpital sont des conceptions qui paraissent généralement être placées au second plan lors de l'élaboration des directives budgétaires.

Les responsables des C.H.U. sont jaloux de leurs prérogatives et veulent conserver leur caractère d'excellence et de spécificité d'hôpitaux de pointe. Ils vous ont d'ailleurs fait savoir, monsieur le ministre, comme à moi, qu'ils redoutent que les interventions des D.R.A.S.S. et des D.D.A.S.S. favorisent un saupoudrage des moyens qui leur serait défavorable. Personnellement, je ne le pense pas. Mais je souhaiterais, monsieur le ministre, que vous apportiez quelques éclairages supplémentaires sur les articles L. 712-12 et L. 712-16 lorsqu'ils viendront en discussion.

Dans le domaine de l'« hôtellerie », les établissements privés ont souvent mieux réussi, parce que leurs charges et obligations ne sont pas les mêmes que celles de l'hôpital public. Généralement, ils n'assument pas de charges de formation, d'enseignement et de recherche.

Votre réforme, monsieur le ministre, devrait permettre, grâce à une planification « intelligente », de potentialiser les possibilités offertes aux malades pour les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier.

Il est impossible de ne pas admettre le régime d'autorisation attaché à la planification car de planification intelligente on passerait à un laxisme qui perpétuerait les difficultés de l'hospitalisation publique.

Le Gouvernement a prévu, pour la réalisation des objectifs fixés par le schéma d'organisation sanitaire, la possibilité de conclure des contrats entre les établissements publics ou privés de soins, les organismes d'assurance maladie et, le cas échéant, les collectivités locales.

L'Assemblée nationale a amendé votre texte, monsieur le ministre, dans le sens de l'obligation.

Deux conceptions s'opposent et je pense que vous pourriez inventer la formule qui permettrait de sortir de cette impasse et de dépasser le simple caractère incitatif de ces possibilités nouvelles.

Nous souhaiterions également que vous acceptiez, après l'article L. 711-8-1, un article additionnel concernant les centres antipoisons. L'existence de ces centres ne repose que sur une circulaire et cela nous semble tout à fait insuffisant.

Quoi qu'en dise notre rapporteur, la tutelle de l'Etat me semble en voie d'allègement, et cela devra être poursuivi. Ce qui est, de toute façon, une absolue nécessité, c'est l'accélération des procédures budgétaires. La rigidité budgétaire a d'ailleurs été un facteur défavorisant, surtout pour un hôpital public soumis au budget global, alors que le secteur privé pouvait largement profiter du paiement à l'acte.

Une bonne conception de la maîtrise des dépenses de santé à l'intérieur des établissements doit compléter la mise en place de cartes sanitaires et de schémas de l'organisation sanitaire. Le Sénat, qui apprécie beaucoup la politique de décentralisation, devrait apporter son soutien à cette organisation qui permettra de mieux faire coïncider les besoins qualitatifs et quantitatifs de soins des régions avec les possibilités de l'hôpital, et réciproquement.

Quelques partenaires, lors de nos discussions, nous ont fait part de leur inquiétude au regard d'une loi pas assez précise, cela a été dit aussi, et ont regretté qu'il vous soit nécessaire de renvoyer à de trop nombreux décrets pour qu'elle soit applicable.

J'aurais personnellement souhaité que soit complété le cinquième alinéa de l'article L. 712-2 par une mention concernant la procréation médicale assistée, la P.M.A. Dans la situation actuelle, les centres de P.M.A. fonctionnent sans existence légale faute d'agrément. Pourriez-vous, monsieur le ministre, me donner des assurances en ce domaine ? Si vous ne pouvez pas compléter cet alinéa, la commission n'ayant pas retenu cet amendement, je sais qu'il a peu de chances d'« éclore » ici, mais peut-être la parole du ministre pourrait-elle nous rassurer !

Au regard des propositions sur l'organisation médicale interne des établissements, monsieur le ministre, nous retrouvons les mêmes anciennes positions frileuses de nos collègues de droite. Sincèrement, je ne comprends pas pourquoi, tandis que l'exercice médical est en évolution, les mentalités d'une minorité de patrons d'hôpitaux tout-puissants stagnent.

Je connais beaucoup de ces patrons dont j'apprécie, par ailleurs, le talent, la culture et avec qui il est agréable de débattre de diverses choses, mais qui, lorsque l'on prononce les termes de pôles d'activités, d'unités fonctionnelles, de services ou de départements, se ferment comme des mollusques lamellibranches.

**M. Emmanuel Hamel.** Ils apprécieront !

**M. Guy Penne.** C'est plus grave encore lorsque l'on aborde les modes de désignation, les partages de responsabilités et les avantages et limites de l'évaluation !

C'est tout de même curieux ; il s'agit le plus souvent de gens très compétents ; s'ils ont les qualités qu'eux-mêmes prétendent posséder et que, personnellement, je leur reconnais bien volontiers, pourquoi éprouvent-ils une telle frousse face



à des propositions de changement de procédure bien trop modestes à mon goût - je vous en fais d'ailleurs le reproche, monsieur le ministre ?

Je suis d'accord avec M. le rapporteur, qui considère que les « unités fonctionnelles » sont un apport effectif du texte et qui est favorable à leur institution. Je suis d'accord encore avec lui lorsqu'il dit que c'est une maigre et illusoire compensation offerte à de jeunes praticiens qui attendent une revalorisation de leur statut et de leur fonction. Mais que cela ne soit pas suffisant mérite non pas dénigrement, mais amélioration et renforcement, c'est-à-dire donner plus aux jeunes praticiens ; quant aux réformes démocratiques, si elles ne sont pas suffisantes et n'apparaissent qu'encourageantes, elles sont cependant nécessaires, surtout si l'on est décidé à en augmenter la portée.

Le tout est de savoir si l'on défend des dynasties ou des territoires. Je pense que les responsables des diverses structures justement désignés n'ont rien à redouter de la consultation de ceux qui sont sur le terrain et qu'il y a plus de légitimité à être reconnu par ceux qui peuplent la cellule de base qu'à être figé sur la cooptation restreinte et décidée au cours de réunions de C.M.E. toujours plus éloignées.

Monsieur le ministre, votre désir de respecter les volontés de chacun, ce qui vous honore, n'aura pas pour conséquence - je le souhaite du moins - l'apparition d'oppositions à la création d'unités fonctionnelles. Ainsi, les unités fonctionnelles permettront de donner quelques satisfactions aux praticiens hospitaliers placés à leur tête.

L'article L. 714-25-2 rencontre l'approbation majoritaire des responsables de C.H.U. Ne craignez-vous pas que ces derniers ne profitent trop de votre mansuétude ou de votre confiance *a priori* ?

**M. Charles Descours.** C'est la guerre aux patrons !

**M. Guy Penne.** Pas du tout ! J'ai toujours opéré une distinction au sein de ces derniers entre les excellents hommes en qualités et en caractère, qui représentent la majorité, et les autres, comme c'est le cas partout ; mais les patrons ont tort, à mon avis, d'avoir peur, car, quand leurs qualités sont reconnues, leur pouvoir n'est pas usurpé, et il sera confirmé dans toutes les conditions, cher ami Descours !

Vous espérez, monsieur le ministre, dynamiser le débat « unité fonctionnelle - service - département - fédération » et aboutir à des consensus locaux. Mes vœux vous accompagnent pour qu'il ne s'agisse pas d'un consensus mou !

Je passerai rapidement sur la nomination par le ministre des chefs de service. C'est l'une de mes manies ! Comme vos prédécesseurs, monsieur le ministre, vous êtes chaque fois conduit à entériner purement et simplement les décisions des C.M.E., lesquelles décisions sont généralement confirmées par les conseils d'administration.

Tout au plus, vous osez, dans certains cas, retarder ces nominations ; mais je suis certain que si, d'aventure, un ministre se permettait de récuser ne serait-ce que 30 p. 100 des décisions des C.M.E., quel tollé ne manquerait-il pas de soulever - et les modalités des sacro-saintes nominations seraient vite remises en question par leurs actuels partisans !

Nous comprenons que, les directeurs étant nommés par le ministre, les médecins veulent que la parité soit maintenue à ce niveau.

En réalité, je souhaiterais que les ministres de la santé soient plus souvent arbitres, et je pense qu'il ne faut surtout pas écarter cette hypothèse de travail, pour vous, monsieur le ministre, lorsque viendra bientôt le temps des renouvellements.

Le Gouvernement a décidé de remplacer le comité technique paritaire par le comité d'établissement, notamment afin de renforcer la représentativité du personnel hospitalier. La présidence de ce comité technique paritaire est l'enjeu de conceptions différentes de la part des médecins, des directeurs, des élus à l'Assemblée nationale et au Sénat et des divers groupes. L'éclairage que vous pourriez apporter sur ce point permettrait sans aucun doute de faire avancer notre débat commun.

Enfin, j'ajoute un mot sur l'évaluation, qui est parfois mise en doute.

Certes, il faudra s'en donner les moyens. Cette notion plus généralement anglo-saxonne, notamment dans les universités américaines, se pratique également dans notre pays. Faut-il

rappeler les challenges fixés par l'I.N.S.E.R.M., l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, et par le C.N.R.S. lors de la reconduction des unités et des équipes, qui a permis de grands progrès ?

Depuis des mois, le Gouvernement planche sur ce texte attendu. Les éléments forts de meilleure gestion des moyens, d'appréciation plus favorable des besoins régionaux et d'amélioration de l'utilisation des ressources humaines permettront de mieux satisfaire les malades.

Depuis longtemps, nous ressentons ce que les personnels médicaux et non médicaux, les patients, revendiquent au nom de leur dignité. C'est ce qui se traduit par des manifestations, ici et là, à Paris, en province, aujourd'hui et demain, et qui ne nous laissent pas du tout insensibles. Toutefois, l'augmentation des moyens ne suffit pas, monsieur le ministre, lorsque les structures craquent.

Les ambitions de votre projet de loi sont grandes. Le groupe socialiste vous apportera son soutien pour vous permettre de les atteindre, en espérant que la majorité du Sénat améliorera avec lui le texte, mais ne le défigurera pas à un point tel qu'il serait contraint de s'y opposer. (*Très bien ! et applaudissements sur les travées socialistes.*)

**M. le président.** La parole est à M. Delaneau.

**M. Jean Delaneau.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, après les excellentes interventions de M. le rapporteur, de M. le président de la commission des affaires sociales et de nombre de nos collègues, je ne reviendrai pas sur des points qui ont été largement abordés et qui seront, pour certains, développés ou précisés lors de la discussion des articles.

Je voudrais centrer mon intervention sur le problème de la place et du rôle, dans le dispositif sanitaire, des centres hospitaliers généraux, qui sont remis en cause par le présent projet de loi. Certains deviendront des centres hospitaliers à part entière ; la plupart disparaîtront ou, plutôt, se transformeront en hôpitaux locaux.

Les centres hospitaliers généraux ont joué et jouent encore un grand rôle dans la protection de la santé et dans l'organisation des secours et des soins d'urgence - à cet égard, je pense aux mesures décidées en 1965, qui ont largement fait appel à ces établissements. Ils représentent la sécurité pour les praticiens du secteur rural et pour leurs malades et jouent un rôle dans l'enseignement de la pratique médicale ou comme lieux de stages formateurs pour les professions paramédicales.

Je rappelle qu'au début des années soixante-dix on leur a demandé d'accueillir des cohortes d'étudiants en médecine, jusque-là cantonnés dans les centres hospitaliers universitaires, dont ils connaissaient d'ailleurs surtout les couloirs, étant trop nombreux pour accompagner les médecins dans les chambres des malades et pour bénéficier d'un enseignement véritablement clinique.

Les médecins des hôpitaux généraux ont alors été nommés chargés d'enseignement clinique et ont bien rempli leur mission. Ils ont donné une autre image des établissements hospitaliers publics après l'abandon des énormes usines à soins, telles que les concevaient les services ministériels à la fin des années cinquante - c'était l'époque où l'on préconisait la construction d'établissements de plusieurs milliers de lits. Parce qu'ils étaient de taille modeste et bien répartis sur le territoire, ils ont contribué à l'humanisation des hôpitaux où ils ont souvent précédés les C.H.R. et les C.H.U., comme ils les ont aussi souvent précédé dans la réduction de la durée moyenne de séjour dans les services actifs, tout en renforçant leurs équipements et leur efficacité.

Voilà moins de dix ans, l'un de vos prédécesseurs, M. Jack Ralite, défendait avec acharnement les hôpitaux généraux, et il avait raison.

Or, votre projet de loi, monsieur le ministre, remet en cause leur existence en modifiant profondément leur mission. On leur reproche d'être trop nombreux, d'être à moitié vides, de ne pas être suffisamment pourvus en praticiens hospitaliers compétents, de coûter trop cher, de ne pas avoir des équipements suffisamment modernes ou rentables...

Ils sont trop nombreux, mais par rapport à quoi ? La question est de savoir s'ils répondent à leur mission de donner les meilleurs soins dans les délais les plus réduits et à un coût raisonnable.

On dit aussi que les C.H.U. sont trop nombreux. Existe-t-il un projet de réduction de leur nombre ? Ils sont à moitié vides. Où sont ces 60 000 lits vides dont on parle ?

Il est vrai que les services actifs n'ont pas une activité régulière, que les pathologies aiguës ne sont pas prévisibles et planifiables. Selon les périodes, il y a des lits vides ou des services momentanément ou chroniquement surchargés.

Mais les hôpitaux généraux ont déjà entrepris des réductions de lits actifs ; ils ne sont pas restés figés : ils ont décloisonné les services, transformés parfois, avant la lettre, en véritables départements, sur la base d'un volontariat où œuvraient ensemble médecins, chirurgiens, spécialistes, ce qu'a d'ailleurs facilité l'humanisation avec le développement des chambres de un, deux ou trois lits. Dans ce domaine encore, ils ont été souvent en avance sur les C.H.U.

Les hôpitaux généraux ne sont pas, dit-on, suffisamment pourvus en praticiens hospitaliers compétents. En effet, des postes sont non pourvus ou sont occupés par des praticiens dont le diplôme ne permet pas leur qualification de praticien hospitalier. Mais qu'a-t-on fait pour rendre plus attractifs ces postes de praticien alors que les rémunérations sont faibles par rapport à celles du secteur privé, que les carrières sont courtes - douze ans, après lesquels les praticiens n'ont plus aucune possibilité de promotion - que des passerelles leur permettant d'accéder à des postes hospitalo-universitaires sont pratiquement inexistantes, alors qu'un directeur de C.H.G., voire de maison de retraite, peut devenir, en quelques années, directeur de centre hospitalier régional universitaire ?

Il ne faut pas confondre les effets et les causes. Il ne faut pas non plus, comme cela se fait actuellement sur instruction du ministère, que les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales refusent de publier les postes disponibles alors qu'il existe des candidats compétents pour les occuper.

Quelle considération leur a-t-on portée aussi dans ce projet de loi, alors que certains d'entre eux seront, dans un délai plus ou moins proche, privés de leur service ? Il est nécessaire de prévoir - j'ai d'ailleurs déposé un amendement en ce sens - que la réintégration se fera, à leur demande, dans le centre hospitalier de leur secteur, et non selon la règle actuelle qui consiste à proposer des postes situés n'importe où en métropole ou outre-mer, le troisième refus aboutissant à l'exclusion du praticien de sa carrière hospitalière. Je souhaite que la commission et vous-même, monsieur le ministre, puissiez accepter cette garantie.

Les centres hospitaliers généraux coûtent trop cher et ils ne disposent pas d'équipements suffisamment modernes ou rentables ? Quand on voit la complexité du dispositif d'évaluation mis en place pour connaître, à l'avenir, le coût des soins, on peut se demander comment sont calculés les chiffres avancés ici ou là. On détermine le coût d'un accouchement dans un C.H.G. en divisant le coût global du service par le nombre de naissances, sans prendre en compte toute l'activité gynécologique souvent gérée par le même service, moins spécialisé que dans les C.H.U. On ne prend pas non plus en compte les coûts sociaux, les coûts humains et l'on trouve quelques arguments sécuritaires sans prendre en considération les études faites par les spécialistes de C.H.U., qui sont parfois obligés de constater que les centres hospitaliers généraux sont bien plus sûrs que les grands services.

Cependant, on condamne un service à la fermeture sans que les responsables du service condamné puissent faire valoir leurs arguments.

Ainsi, je vais vous donner lecture d'un extrait du procès-verbal de la commission régionale des naissances dans la région Centre, en date du 18 janvier 1991, genre de document qui, en général, est très mystérieusement gardé dans les archives des services des directions régionales des affaires sanitaires et sociales : « La commission propose à l'unanimité la fermeture de la maternité » - il s'agissait de celle de l'hôpital de Loches - « où l'on n'a pas encore inauguré - on est sur le point de le faire - le magnifique plateau technique qui a été décidé il y a deux ans et on commence à démanteler l'hôpital ».

Plus loin, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales faisait une proposition, s'agissant d'un autre établissement : « Après échange de vues, la proposition suivante est soumise au vote : fermeture à moyen terme, pas de nomination de gynécologue-obstétricien adjoint ». Ainsi, on bloque ce service avant même qu'il y ait discussion éventuelle à

l'échelon des commissions qui seront mises en place par ce projet de loi et sans même donner la possibilité à ceux qui en sont chargés de faire valoir un certain nombre d'arguments.

Mais là encore, dans ce domaine, les centres hospitaliers généraux ne sont pas restés figés. Certains ont engagé des actions de rapprochement non seulement entre eux, mais encore avec les C.H.U. voisins pour mieux répartir les moyens et les compétences.

Je demanderai, dans un amendement, que les centres hospitaliers généraux qui ont engagé un projet de fusion bénéficient d'un moratoire permettant l'aboutissement de leur projet et que, pendant cette période, on ne leur coupe pas les vivres et qu'on ne les asphyxie pas en refusant de pourvoir les postes disponibles, comme je l'indiquais tout à l'heure.

**M. Emmanuel Hamel.** Très bien !

**M. Jean Delaneau.** Dans le dispositif de restructuration qui sera envisagé, il faut aussi tenir compte des hôpitaux généraux qui assurent leur mission dans des régions où il n'y a pas d'établissement privé susceptible de prendre le relais en cas de fermeture du service public. Le moindre panaris, la moindre blessure devront alors être traités au centre hospitalier distant de 30, 40 ou 50 kilomètres. Est-ce là le dispositif que vous souhaitez, monsieur le ministre ? Est-ce là le progrès ? Les hôpitaux locaux ne répondront pas aux besoins élémentaires de proximité, et ce sera une régression par rapport à la situation actuelle.

Ce qui est grave à mon sens, monsieur le ministre, ce n'est pas de poser les problèmes, d'interpeller les responsables pour trouver des solutions qui permettent à la fois l'amélioration des soins et une réduction de la dérive des coûts ; c'est de préjuger le résultat des évaluations, des avis des commissions consultatives, c'est de vouloir, en quelque sorte, enterrer les services de certains établissements avant de les avoir triés, c'est d'aggraver le « démantèlement du territoire » déjà engagé par d'autres administrations, comme s'il n'y avait qu'un dogme, celui de la concentration des moyens, qui seul permettrait d'alléger les coûts, auxquels on oublie d'inclure les coûts sociaux et humains qui résultent des mesures que vous préconisez sans pour autant améliorer les soins !

Mais il y a une raison profonde à cela : vous ne pouvez plus répondre aux demandes des C.H.U., qui doivent développer, ce qui est normal, la médecine de pointe, la recherche. Vous ne leur proposez que des moyens budgétaires dérisoires pour pallier le retard important accumulé en particulier depuis l'instauration du budget global, qui aurait dû être complété par une dotation spécifique recherche-développement pour éviter la stagnation, parfois la régression, en tout cas le blocage de leur modernisation.

Vous vous tournez alors vers les centres hospitaliers généraux en réduisant leurs moyens, en fermant certains services actifs au nom de la sécurité - non prouvée - de l'efficacité, de la rationalisation. Supprimer le service d'obstétrique, c'est supprimer le service gynécologique. Or, à partir du moment où l'on enlève les briques d'une voûte, celle-ci s'effondre. Les activités du bloc opératoire diminuent, sa non-rentabilité justifie la fermeture du service de chirurgie et du service d'anesthésie-réanimation. Il n'y a plus rien alors que le service de médecine, seul service actif des hôpitaux locaux. Mais peut-on me dire ce que l'on peut faire dans un service de médecine s'il n'y a pas, à proximité immédiate, une équipe de réanimateurs susceptible de prendre en charge la victime d'incident cardiaque, le blessé grave de la voie publique, qui arrivera inévitablement à l'hôpital, ou la personne présentant n'importe quelle autre pathologie d'urgence ?

Le démantèlement qui pourrait induire ce projet risque de coûter cher, plus cher que les gains que vous pourriez en retirer dans un premier temps. Alors qu'il faudrait enfin pratiquer un véritable aménagement du territoire, afin que chacun puisse trouver au plus près les meilleurs moyens de formation, de soins et d'autres biens comme la culture, les équipements sportifs et un environnement préservé, c'est, je le répète, une action de « démantèlement du territoire », qui se trouverait ainsi engagée.

Bien sûr, monsieur le ministre, vous allez répondre que ce sera aux commissions régionales d'étudier la situation et de préconiser les mesures à prendre. Alors pourquoi anticiper et gager vos promesses sur des résultats que vous ne connaissez pas ?

Le 30 avril dernier, vous étiez à Tours pour signer avec M. Jean Royer l'accord sur le plan directeur du C.H.U. Je vous ai bien entendu lorsqu'il s'est agi de dégager les moyens.

Sur le plan des moyens financiers, vous n'avez pas caché qu'il faudrait y consacrer, en plus d'une dotation budgétaire, l'essentiel de la marge de manœuvre départementale et une grande partie de la marge régionale. En clair, il ne reste rien pour les autres établissements !

Plus grave, sur le plan des moyens humains, vous avez été parfaitement clair : il n'y aura pas de moyens nouveaux. Pour faire face aux besoins, il faudra redéployer les postes qui proviendront de la fermeture des services actifs des centres hospitaliers généraux.

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** On ne peut pas faire autrement !

**M. Jean Delaneau.** Quelle concertation pourra être engagée puisque vous anticipez sur les résultats et que les avis des bénéficiaires de ces redéploiements seront prédominants ?

Je crois, comme M. le rapporteur, que le projet transmis par l'Assemblée nationale n'est pas bon. Les mesures préconisées par la commission l'améliorent de façon importante. Mais que restera-t-il de notre texte, mercredi prochain, après la commission mixte paritaire ? Quels amendements accepterez-vous ? Quelle est votre marge de manœuvre ? Je crains, malheureusement, que ce projet de loi n'apporte, en fin de compte, que déstabilisation du système hospitalier public et privé, sans gain économique notable et, surtout, sans amélioration réelle des soins dont pourront bénéficier nos concitoyens.

Vos réponses seront sans doute rassurantes. Mais cela ne suffit pas pour faire une politique. (*Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I., du R.P.R. et de l'union centriste, ainsi que sur certaines travées du R.D.E.*)

**M. le président.** La parole est à M. Chérioux.

**M. Jean Chérioux.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, qu'il me soit permis de dénoncer à mon tour, après les distingués orateurs qui m'ont précédé à cette tribune, les insuffisances et les contradictions du texte qui nous est proposé aujourd'hui.

Alors que les ambitions que vous affichez, monsieur le ministre, devraient emporter - cela a été dit tout à l'heure - une large adhésion, la réalité des mesures que contient votre projet de loi ne permet d'éprouver que de sérieuses réticences à son égard.

Celui-ci devrait permettre au système hospitalier de demain de relever les défis humains, sociaux et techniques qu'il va devoir affronter. Or, en fait, nous constatons avec tristesse qu'il va enfoncer encore un peu plus l'hôpital dans la bureaucratie et continuer à « démotiver » encore davantage tous ceux qui ont permis à notre système hospitalier d'être considéré jusqu'à ce jour comme un des meilleurs du monde.

Depuis dix ans, vous vous acharnez, vos prédécesseurs et vous-même, à réformer notre système de santé et à mettre progressivement en place un véritable puzzle législatif et réglementaire qui témoigne du souci plus d'inscrire votre idéologie dans ces textes que de résoudre les vrais problèmes posés.

En 1982, au cours de la discussion du projet de loi portant diverses mesures d'ordre social, j'avais souligné l'aberration qui consistait à modifier le mode de financement de l'hôpital avant d'en revoir l'organisation.

C'est surtout l'instauration de la dotation globale, appelée parfois abusivement budget global - abusivement, car ce budget global, que réclament, à juste titre, certains de mes collègues, doit, lui, être ascendant - l'instauration de la dotation globale, dis-je, a eu des conséquences désastreuses pour de nombreux hôpitaux. Elle a conduit à ajuster l'offre de soins aux seules contraintes économiques, sans tenir compte des besoins réels et légitimes des établissements.

L'application d'un taux directeur uniforme n'a apporté aucune amélioration à la planification et à la gestion, bien au contraire. Elle a privilégié les établissements souvent les moins bien gérés au détriment des autres, réduits à une extrême pénurie.

Or que constate-t-on aujourd'hui ? Vous ne nous proposez aucun véritable remède à cette situation.

Que pourront faire les conseils d'administration des nouveaux établissements publics de santé si vous maintenez la dotation globale et que celle-ci reste fixée par l'Etat, comme le prévoit l'article 18 du projet de loi ?

Quant au bon fonctionnement du système de soins au sein de l'hôpital, votre projet risque de le remettre en cause largement.

Certes, vous avez renoncé à l'attaque frontale que l'un de vos prédécesseurs avait menée en 1983 - cet héritage pèse sur vos épaules - et qui avait abouti à la réforme inapplicable et inappliquée de 1983, dont j'avais dénoncé les dangers en tant que rapporteur.

Vous vous êtes fait plus insidieux et plus subtil ; il est vrai que vous ne disposez pas de la même majorité à l'Assemblée nationale ! Mais, que l'on ne s'y trompe pas, vous n'avez pas renoncé à vos vieux démons et vous n'avez pas réussi à vous libérer de ce « syndrome antimandarinal » qui vous obsède, tout comme notre collègue Guy Penne, qui essayait tout à l'heure de justifier la position du Gouvernement qu'il soutient.

Les chefs de service ne sont plus nommés que pour cinq ans, mais vous avez la nostalgie des chefs de département élus de 1983. Aussi allez-vous introduire la confusion en faisant coexister des structures disparates : unités fonctionnelles, services et départements, sans oublier la possibilité de les regrouper pêle-mêle en confédération. Nous sommes loin de la logique autrement fonctionnelle des départements permettant la mise en commun des moyens de plusieurs services, ou d'unités fonctionnelles, monsieur le rapporteur...

Mais vous avez du mal à faire votre cette observation de Mme Paulette Hofman, qui était rapporteur du Conseil économique et social en 1983 et qui soulignait que, dans « toute structure, l'efficacité est indissociable de la compétence et de la responsabilité ».

Bien plus, vous voulez sanctionner la compétence sous le fallacieux prétexte que le statut des consultants serait la source de rivalités et de conflits en mettant le même terme aux fonctions hospitalières exercées par les professeurs d'université qu'à celles des autres praticiens hospitaliers. Cette mesure est injuste, car elle raccourcit brutalement la carrière déjà courte de médecins qui ne reçoivent aucune retraite hospitalière et qui, du fait de leur nomination tardive, ne pourront pas bénéficier d'une retraite universitaire pleine.

Si la fonction de consultant vous paraît poser problème, il existe d'autres tâches qui pourraient bénéficier du savoir et de l'expérience de ces professeurs : l'organisation des urgences ou certains des nombreux travaux d'évaluation - Dieu sait s'il y en a ! - prévus par votre projet de loi.

En fait, le texte qui nous est présenté, comme celui qui l'a précédé, multiplie les unités hospitalières qui permettent de nommer à leur tête des praticiens à qui l'on fait semblant de promettre un déroulement de carrière, sans prendre les moyens financiers de leur assurer un salaire décent. Là encore, je ne fais que reprendre ce qui a été dit par un certain nombre de nos collègues.

Les résultats témoignent d'ailleurs de l'échec de votre politique : 2 500 postes de praticiens hospitaliers sont à pourvoir. L'ensemble du personnel est lentement, mais sûrement, découragé de demeurer dans le secteur public ; vous le savez bien !

En 1988, les infirmiers ont manifesté contre des conditions de travail éprouvantes et un salaire misérable. Aujourd'hui, en France, sur 600 000 infirmières diplômées, seules 300 000 exercent encore leur profession. A Paris, plusieurs écoles ont fermé. Dans les années soixante-dix, l'hôpital Necker, pour ne citer qu'un exemple, fournissait des promotions de 80 diplômés ; c'est malheureusement loin d'être le cas aujourd'hui.

Depuis cinq ans, le nombre d'élèves infirmiers inscrits dans les écoles de l'Assistance publique de Paris n'a cessé de diminuer : de 6 000 en 1985, il est passé à 1 600 en 1989.

Telle est la triste réalité du service public hospitalier.

Vos réformes ont été un échec, mais, au lieu de l'admettre, vous persévérez dans votre erreur et, bien plus, vous allez même jusqu'à vouloir appliquer vos méthodes aux cliniques privées. Faute de vouloir relever l'hôpital de ses contraintes,

vous voulez les imposer aux cliniques. D'ailleurs, vous ne cessez de vous en prendre au secteur libéral de la santé. C'est ainsi que, récemment, vous avez conclu des accords avec un syndicat minoritaire pour imposer votre loi aux biologistes.

C'est ainsi que, dans un récent projet portant diverses mesures d'ordre social, vous avez gravement remis en cause l'avenir des cliniques privées en subordonnant leur existence à des tarifs fixés par des conventions à durée déterminée pouvant être, de surcroît, suspendues ou dénoncées.

Aujourd'hui, monsieur le ministre, vous faites un pas de plus en étendant le système des conventions à durée déterminée aux autorisations d'activité et d'équipement, introduisant ainsi la précarité et l'insécurité dans un secteur où les investissements tant en personnels qu'en matériels sont extrêmement lourds.

Toutes ces mesures ne peuvent guère nous rendre optimistes sur les perspectives d'avenir de notre système hospitalier privé ou public tel que vous le concevez.

Il est vrai que nous sommes confrontés au difficile problème du financement des dépenses de santé en progression constante. C'est exact ! Cela nécessite des choix, mais encore faut-il les faire dans les meilleures conditions. Or, actuellement, une partie importante des dépenses hospitalières est due au fait que nos établissements de soins pallient trop souvent le manque de lits d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

C'est la sécurité sociale qui supporte le coût et l'hébergement des personnes âgées hospitalisées dans le secteur psychiatrique, vous le savez bien. En effet, dans certains hôpitaux, ce sont près de la moitié des lits qui sont occupés par des personnes âgées qui pourraient bénéficier d'un autre mode d'hébergement, s'il y en avait.

Nous arrivons, cela a été souligné, à une véritable perversion des structures. Il est financièrement plus intéressant pour les familles, pour l'aide sociale, que les personnes âgées soient accueillies dans les établissements psychiatriques. Mais croyez-vous que ce soit une solution ? C'est à une telle dérive des hôpitaux qu'il faut mettre un terme, et ce de toute urgence, en reconvertissant les lits d'hôpitaux psychiatriques ou d'hôpitaux ruraux en lits de long séjour.

Mais cela suppose que l'on se décide enfin à supprimer la stricte séparation qui existe entre le secteur médical et le secteur social. Il y a longtemps que l'on en parle, mais vous ne proposez rien dans ce domaine.

Il aurait donc fallu, monsieur le ministre, que vous nous présentiez d'abord vos projets sur la grande dépendance. Or l'étude de celle-ci est reportée à la session d'automne, ce qui est regrettable. Vous avez mis la charrue avant les bœufs.

A l'évidence, monsieur le ministre, votre réforme est mal engagée. Vous avez réussi à l'imposer à l'Assemblée nationale, mais n'espérez pas que le Sénat puisse accepter ce texte, même si certaines sirènes au milieu de nous s'efforcent, avec beaucoup de talent, de nous en persuader.

Si le texte était adopté en l'état, c'est tout notre système de soins qui serait menacé et la santé des Français qui serait remise en cause.

C'est la raison pour laquelle - mon collègue M. Charles Descours a eu l'occasion de vous le dire - mes amis et moi-même ne pourrions donner notre accord qu'à un texte profondément remanié, comme nous l'avons déjà fait en 1983 pour le projet de loi portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier.

C'est à l'amélioration du texte que nous nous sommes employés, en commission, mes amis et moi-même. C'est ce à quoi, nous l'espérons, le Sénat parviendra à l'issue de ses travaux. *(Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste.)*

#### Rappel au règlement

**M. Emmanuel Hamel.** Je demande la parole pour un rappel au règlement.

**M. le président.** La parole est à M. Hamel.

**M. Emmanuel Hamel.** Je ne voudrais pas paraître discourtois, et nous savons tout l'intérêt que vous portez à ce débat, monsieur le ministre. Toutefois, je tiens à vous exprimer publiquement la frustration que j'ai éprouvée,

notamment lors de l'intervention d'un de nos collègues apportant à la tribune le fruit d'une expérience de plusieurs dizaines d'années au service des malades comme médecin et chirurgien, de vous voir si souvent accorder votre attention au commissaire du Gouvernement assis auprès de vous.

Je sais que vous êtes un homme doué. Vous avez sans doute la capacité, comme Napoléon, de faire beaucoup de choses en même temps. Mais je souhaiterais que, dans la suite de la discussion, vous soyez plus attentif aux conseils que des parlementaires enrichis de leur expérience tentent de vous donner.

**M. le président.** Notre collègue M. Hamel a souvent émis le regret que, la commission des finances soit réunie pendant que le Sénat siège en séance publique. S'il avait pu assister à nos débats, il aurait constaté que l'attitude qu'il vient de relever a été extrêmement peu fréquente. Je tiens à le préciser.

**M. Emmanuel Hamel.** Cela s'est produit à plusieurs reprises !

**M. le président.** A cette heure, le Sénat voudra sans doute interrompre ses travaux jusqu'à vingt-deux heures quinze. *(Assentiment.)*

La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à vingt heures, est reprise à vingt-deux heures quinze, sous la présidence de M. Jean Chamant.)*

#### PRÉSIDENCE DE M. JEAN CHAMANT

vice-président

**M. le président.** La séance est reprise.

#### Discussion générale (suite)

**M. le président.** Nous poursuivons la discussion du projet de loi portant réforme hospitalière.

Dans la suite de la discussion générale, la parole est à M. Laffitte.

**M. Pierre Laffitte.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, beaucoup de temps s'est écoulé depuis que les ordonnances du gouvernement Michel Debré en 1958 et, plus tard, la loi du 31 décembre 1970 ont permis l'avènement puis le développement de l'hôpital moderne dans notre pays, même si les objectifs du texte de 1970 n'ont pas tous été atteints.

Depuis lors, trois évolutions majeures sont intervenues : celle des technologies et des procédures thérapeutiques, celle des pathologies et celle du comportement des patients.

Les personnels hospitaliers perçoivent clairement ces évolutions. Ils ressentent vivement l'inadaptation des structures dans lesquelles ils travaillent et, parfois, l'inadéquation de leur formation, malgré un dévouement et une efficacité dignes de beaucoup d'éloges et de considération.

Ce projet de loi portant réforme hospitalière est donc nécessaire, tout en ne constituant qu'un des volets d'une adaptation d'ensemble.

Grande dépendance, médecine libérale, conventionnement, gestion de la sécurité sociale, liaisons et limites entre le sanitaire et le social, tous ces points méritent, j'y reviendrai, un débat.

S'agissant des principes et des objectifs, les intentions telles qu'elles sont exprimées dans l'exposé des motifs du projet de loi sont, à mon sens, excellentes, et je rejoins là l'opinion de la commission.

Trois orientations principales y sont annoncées : améliorer la maîtrise de la dépense hospitalière et la gestion du système de soins, accroître la capacité et la performance des centres de soins, prendre en compte le rôle accru que souhaitent jouer tous les personnels dans le cadre hospitalier.

Hélas ! malgré l'adoption de certains amendements très positifs - en particulier « l'amendement Durieux » - le projet actuel est loin de répondre aux orientations définies dans l'exposé des motifs.

La commission des affaires sociales s'est efforcée de mettre au point, dans de nombreux amendements - cent quatre-vingts, je crois - un texte qui soit plus proche des objectifs affichés.

Après M. le rapporteur, après M. le président de la commission, après les orateurs qui se sont déjà exprimés sur certains aspects du texte, j'évoquerai, pour ma part, trois aspects : la planification et la carte sanitaire, le personnel et sa valorisation, l'organisation globale de notre système de santé.

En ce qui concerne la planification et la carte sanitaire, je me méfie, personnellement, de toute planification centralisée. Les erreurs, dans ce domaine, sont légion et nos amis de l'Europe de l'Est peuvent, sur ce point, nous fournir de multiples exemples qu'il convient de ne pas oublier.

**M. Bernard Legrand.** Et de ne pas suivre !

**M. Pierre Laffitte.** Toute planification oublie toujours l'essentiel : l'innovation, la capacité des individus, la volonté des groupes, des collectivités pour prendre des initiatives, risquer, réussir.

Ainsi, pour prendre un exemple que je connais bien, Sophia Antipolis n'était pas planifié. C'était même contraire aux principes de l'aménagement des « métropoles régionales ». C'est pourtant devenu un pôle majeur de développement !

On peut assez aisément planifier la régression - les chantiers navals, la sidérurgie, les mines - mais pas le progrès : tout dépend des initiatives qui sont prises, ce qui reste toujours aléatoire.

Le Gouvernement entend combler les lacunes du système actuel par une organisation plus ambitieuse de la planification, centrée autour du concept de « schéma d'organisation sanitaire », avec une répartition des moyens sur l'ensemble du territoire de manière à serrer au plus près la demande de soins. Et ce schéma voudrait - c'est tout de même très inquiétant ! - intégrer l'ensemble des installations de soins, quelle que soit leur nature.

Monsieur le ministre, je crois que l'utilité d'une politique planificatrice centralisée s'impose surtout pour certains services d'administration centrale. Mais - qui trop embrasse mal étirent - il me paraît dangereux de soumettre à planification toutes les activités de soins, publiques et privées.

Votre projet prévoyait initialement un régime d'autorisation mettant tous les établissements sous haute surveillance. Un tel régime pourrait devenir néfaste et freiner une politique intelligente de développement et de gestion des ressources par les établissements eux-mêmes, dans le cadre d'une autonomie que pourtant votre projet invoque.

L'autonomie vaut mieux que l'autorisation : il faut laisser à nos établissements hospitaliers une autonomie de même nature et de même portée - toutes choses égales par ailleurs - que celle que nous avons accordée aux grands établissements scientifiques, aux établissements publics de recherche et de formation, aux universités.

Il vaudrait mieux, me semble-t-il, parvenir à la définition d'une « norme-cadre », à l'intérieur de laquelle les établissements pourraient agir et se développer et à laquelle seraient soumis les mécanismes de contrôle financier, et de gestion, le contrôle *a posteriori* reposant sur le concept d'évaluation et sur l'accroissement de la responsabilité des équipes dirigeantes.

En toute hypothèse, ce n'est évidemment pas en conservant l'actuel carcan administratif, donc bureaucratique, que le système hospitalier public pourra vivre dans des conditions normales, c'est-à-dire analogues à celles qui régissent le système privé, avec ses contraintes - notamment financières - et ses avantages.

Renforcer l'autonomie des établissements de soins publics doit aussi aller de pair avec le caractère et les missions des établissements privés qui, comme leurs homologues publics, concourent le plus souvent avec une grande efficacité à la mission de service public qui leur incombe. Ils ont permis, dans le passé, de combler utilement les lacunes du dispositif public.

Qui plus est, je suis convaincu qu'une émulation, voire une situation de concurrence, est beaucoup plus utile et efficace qu'une structure de monopole qui résulterait d'une carte sani-

taire rigide. Ce que je dis là vaut d'ailleurs également pour le système universitaire, mais je crois que c'est vrai, finalement, pour tous les systèmes.

Non seulement le public et le privé sont les deux pierres complémentaires d'un même édifice, mais il faut que ces deux catégories d'établissements soient en concurrence, pour le plus grand bien des malades et des personnels.

Pour cela, il faut, bien sûr, donner aux hôpitaux publics les moyens de lutter, c'est-à-dire plus d'autonomie et de liberté, y compris pour recruter et payer leur personnel.

Il me paraît essentiel de développer, au sein de l'hôpital public, la capacité d'initiative, y compris pour l'organisation autonome des équipes.

Certes, une organisation d'ensemble est nécessaire, mais le principe de subsidiarité, cher à tous les organisateurs modernes, implique que les décisions soient prises le plus près possible du terrain : département ou région plutôt qu'Etat voire, demain - pourquoi pas ? - Europe.

L'organisation de la carte sanitaire ne peut se faire que dans le cadre de l'autonomie des établissements.

Renforcer l'intégration des personnels et la valorisation de leur tâche au sein des établissements hospitaliers est le deuxième objectif du projet de loi. Il est capital, car toute institution ne vaut que par les hommes et les femmes qui la servent.

On ne dira jamais assez de quel dévouement, de quelle abnégation, de quelles compétences font souvent preuve les personnels hospitaliers, médicaux ou non. Or, dans la crise que traverse la fonction hospitalière, ces personnels sont aux premières loges pour subir les effets du manque d'adaptation actuel. Leur détresse, morale et matérielle, s'est exprimée à diverses reprises, depuis des années, parfois avec l'énergie du désespoir. Il faut les écouter, il faut leur répondre.

C'est dans le cadre de l'autonomie des établissements, que j'évoquais il y a un instant, que doit être recherchée une meilleure insertion de ces personnels.

Il faudra sans doute aussi mettre en place une formation adaptée, en particulier en ce qui concerne, au sein du cursus commun, les compétences en matière d'économie et de gestion. La maîtrise de la dérive des coûts est en effet une opération sous-jacente par rapport à tout ce que nous avons évoqué, et elle ne pourra être assurée que par les intéressés eux-mêmes, sauf à considérer que cette maîtrise n'est pas autre chose qu'une simple phrase incantatoire. De cette volonté, les personnels doivent donc être eux-mêmes convaincus.

Ma troisième remarque a trait à l'organisation globale de notre système de santé.

Les Français veulent choisir librement leur médecin et leur système de soins. Les malades veulent choisir leur médecin, leur dentiste, leur kinésithérapeute, leur infirmière, leur laboratoire d'analyses ou de radiologie, leur clinique ou leur service hospitalier. Ils veulent pouvoir être, éventuellement, soignés chez eux, que le service d'hospitalisation à domicile soit géré par l'hôpital ou sous-traité, ou être soignés dans un service de médecine libérale.

Pour que ce système fonctionne, il faut un appui réciproque entre les moyens hospitaliers lourds et le secteur privé, ce qui apparaît peu dans le projet de loi mais davantage dans les amendements déposés par la commission, qui apportent à cet égard un certain nombre de réponses concrètes.

Je sais que je me situe ici à la limite du sujet. Pourtant, l'ensemble des problèmes de santé doivent être abordés, et le débat sur la médecine libérale ne doit pas être esquivé.

C'est un peu parce qu'on a le sentiment que ces problèmes ne sont pas abordés, si ce n'est, de temps en temps, par le biais d'une circulaire préoccupante, c'est parce que se profile à l'horizon un rationnement des soins que l'opinion publique et les professionnels de la santé, qu'ils travaillent dans le public ou le privé, clament leur inquiétude.

On pourrait, certes, me rétorquer que les Français dépendent - je le sais bien ! - de l'ordre de 10 000 francs par an et par personne pour leur santé, et que 74 p. 100 de cette dépense - c'est-à-dire 538 milliards de francs - sont couverts par la sécurité sociale, dont 36 p. 100 vont aux hôpitaux.

Mais ce n'est pas en étranglant petit à petit la médecine et les soins libéraux que l'on réglera ce problème, bien au contraire. On sait bien que, dans beaucoup de cas, les coûts de journée sont moins chers en clinique et la durée des séjours plus courte.

Et la nature des affections soignées n'est pas seule en cause ! On sait bien que, dans beaucoup de cas, il existe d'autres sources de dépenses inutiles. Il en est ainsi de la superposition des actes médicaux : lorsqu'un patient arrive dans un service hospitalier - parfois même lorsque le patient est transféré d'un service à un autre dans le même hôpital - tout son dossier médical - radios, analyses, examens - est refait.

Il convient, bien sûr, de diminuer les dépenses, mais je ne crois pas que l'on puisse y arriver en comprimant indûment les ressources des praticiens. Permettez-moi de donner, à cet égard, un exemple de l'effet pervers qui pourrait découler de certaines initiatives : si l'on bloque le remboursement des frais de transport à un chiffre dérisoire - moins de 9 francs pour les infirmières, 10 francs et quelques pour les kinésithérapeutes - que se passe-t-il ? Les patients ne sont plus soignés à domicile, et la sécurité sociale est obligée de payer non pas 10 francs, mais deux fois 240 francs pour le transport en ambulance. C'est ce qui explique, par exemple, que les coûts des transports soient ceux dont la dérive est la plus forte, puisqu'ils augmentent de plus de 15 p. 100 par an.

On sait par ailleurs - c'est une autre source de dépenses - que nous formons trop de médecins, ce qui conduit automatiquement à la fois à une augmentation anormale du nombre des actes médicaux et à une paupérisation des médecins, beaucoup gagnant à peine le Smic.

Enfin, autre réflexion peu populaire mais que M. le ministre appréciera : la suppression du ticket modérateur a conduit nombre de patients à moins respecter la médecine. Beaucoup pensent, inconsciemment, que ce qui est gratuit n'est pas vraiment efficace. Les ressources étant toujours limitées, on en arrive, par ailleurs, à faire payer à 100 p. 100 certains médicaments de confort qui, pour les personnes âgées, sont souvent nécessaires.

Bref, les méthodes de maîtrise des dépenses doivent être débattues, discutées, éclairées démocratiquement. Médecine libérale, médecine hospitalière, personnes dépendantes, limite entre le sanitaire et le social, tout cela mérite que l'on ouvre au Parlement un vrai débat, un débat de société.

Quelle médecine, quel système de soins voulons-nous ? Si nous n'ouvrons pas ce débat, si nous laissons, petit à petit, étrangler la médecine libérale, au gré de circulaires qui fixent des niveaux arbitraires en interdisant, de fait, soit la mise en place d'un cabinet de radiologie, soit la poursuite d'activités de laboratoires biologiques, soit la pratique privée en kinésithérapie, si l'on étrangle la pharmacie, nous aboutirons à un système de santé à deux vitesses.

D'abord, pour la majorité, une médecine remboursée par la sécurité sociale, administrée et bureaucratique, avec un à deux ans d'attente avant de pouvoir être opéré, comme cela arrive parfois chez nos voisins du Nord, une médecine gratuite totalement sous la coupe des caisses de sécurité sociale. Au passage, je note qu'aucun médecin ne siège dans le conseil d'administration de ces caisses. Que dirait-on si, dans les conseils d'université, il n'y avait pas de professeurs ?

Puis, pour un petit nombre de personnes, il y aurait une médecine libérale.

Nous ne voulons pas de cette dérive, nous y sommes tous opposés.

Il est grand temps qu'un vaste débat sur l'ensemble des problèmes de santé ait lieu. Avec 10 p. 100 du produit intérieur brut, la santé est une grande affaire. Indépendamment des questions financières, elle est vraiment l'affaire de tous !

Nous avons le sentiment que la médecine française et le système de santé français sont parmi les meilleurs qui soient et qu'un débat national sur ce sujet - M. le président Fourcade, je le sais, partage mon avis - répondrait certainement au souhait des membres de cette assemblée. *(Applaudissements sur les travées du R.D.E. ainsi que sur les travées de l'union centriste, du R.P.R. et de l'U.R.E.I.)*

**M. le président.** La parole est à M. Roujas.

**M. Gérard Roujas.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, l'hôpital est un lieu où tous nos concitoyens sont amenés à entrer un jour ou l'autre, pour eux-mêmes ou pour un proche. C'est toujours un moment

d'inquiétude, et c'est parce que l'hôpital suscite cette appréhension chez ceux qui n'y vivent pas au quotidien que les Français sont particulièrement sensibles à son fonctionnement interne, et donc aussi à ses dysfonctionnements.

Je ne referai pas un bilan de l'hôpital où l'on confronterait aspects positifs et aspects négatifs. L'enjeu est au-delà, et nous connaissons tous la réalité hospitalière.

Je crois plus important de retracer la façon dont l'hôpital que nous connaissons aujourd'hui en est arrivé à cette situation un peu paradoxale : être le lieu de l'assistance médicale où les techniques ont entraîné une certaine déshumanisation.

Les lignes forces de l'Histoire constituent une aide au travail législatif, et je sais gré à M. Evin, dont je salue aujourd'hui le travail accompli depuis 1988, d'avoir, au cours de la discussion générale à l'Assemblée nationale, le 10 avril dernier, fait référence à la construction historique de l'hôpital, en rappelant notamment l'importance qu'au cours des temps la société avait accordée à l'accueil et au traitement des malades et des personnes handicapées.

C'est bien de charité qu'il s'est agi, dans un premier temps, quand se sont créés les hospices. On retrouve là la culture chrétienne et son souci d'aide aux déshérités, sans que jamais cette aide ne cherche à remettre en cause les origines de ces situations.

C'est donc le privé qui, à l'origine, crée une structure hospitalière. Ce n'est véritablement qu'au cours du XIX<sup>e</sup> siècle que l'Etat s'engage dans le système hospitalier.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, les progrès de la médecine s'affirment, et toute l'organisation de l'hôpital en est modifiée. Les pouvoirs publics ressentent de plus en plus la responsabilité qui est la leur d'assurer une desserte des soins à la fois optimisée dans son efficacité et égale pour tous dans son accès.

La France a, de ce point de vue, une tradition forte, issue de la Révolution : « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune ». L'esprit est là, et l'hôpital se doit d'y répondre.

C'est d'ailleurs dans le respect de cet enjeu éthique majeur que la médecine doit définir et organiser ses activités.

Puis, on a assisté à un retour en force des initiatives privées, provoquées par deux motivations fortes plus ou moins avouées : apporter une pratique médicale plus proche du malade, satisfaire son désir de bien-être tant dans l'accueil, l'hôtellerie, que dans la qualité et la rapidité de la prise en charge technique ; dégager des avantages financiers, de meilleurs honoraires ou de meilleurs salaires, des profits tantôt réinvestis, tantôt gratifiants pour les praticiens eux-mêmes, au risque parfois d'un glissement vers une « marchandisation » des soins.

Aujourd'hui apparaît le choix entre les deux termes d'une alternative.

Premier terme : laisser se poursuivre ou même s'amplifier une concurrence entre hôpital public et cliniques privées, en s'inscrivant donc dans un climat d'agressivité. Les cliniques privées diraient - certaines le disent, d'ailleurs - qu'elles sont en péril, que l'Etat veut rationner les soins et leur qualité. On répondrait de façon guère plus intelligente que la sécurité sociale est en péril, que les cliniques privées sont trop chères et que seuls les riches pourront se soigner !

Le second terme, c'est la création des conditions de confiance et de crédibilité pour favoriser un rapprochement utile et nécessaire, et ce dans l'intérêt du malade, la dispensation des soins se faisant, d'abord, dans l'hôpital public, mais avec le concours d'autres établissements et dans le cadre d'une organisation sincère de complémentarité.

La première option est irréaliste. Les usagers, aujourd'hui et demain, ne retrouveraient aucun des avantages qui ont pu naître déjà d'une compétition maîtrisée. Les deux protagonistes s'y épuiseraient.

L'autre option non seulement s'inscrit dans une cohérence sociale, mais a le mérite de faire profiter les malades d'échanges de moyens et de résultats acquis, de connaissances engrangées, inventées et expérimentées par les uns et les autres.

Cette histoire vite tracée permet de comprendre l'importance et la richesse des valeurs qui fondent aujourd'hui notre attachement à l'hôpital, en l'occurrence l'hôpital public. Ces valeurs sont celles de la solidarité et de l'égalité devant l'accès aux soins.

La crise de l'hôpital est une expression particulière de celle qui est constatée dans la société en général. L'hôpital est, lui aussi, un lieu où les différences sociales des malades entraînent parfois des différences de traitement, notamment par comparaison avec le secteur privé. Des inégalités de travail ou de salaires demeurent au sein de l'hôpital public comme entre les hôpitaux des deux secteurs.

Il faut encore veiller à ce que la structure hiérarchique des hôpitaux publics n'exclue point une partie des équipes hospitalières des réflexions portant sur l'organisation de l'hôpital.

Le présent projet de loi est motivé par des propositions de corrections fortes des pratiques hospitalières, afin que la mission de l'hôpital, à savoir l'accueil de tous dans le souci de l'excellence médicale, soit remplie. Ces modifications permettront aussi de donner aux établissements de soins une plus grande souplesse d'action et de plus grandes possibilités pratiques de rapprochement.

L'un des objectifs de cette réforme est bien de permettre une coordination plus grande entre les activités des hôpitaux publics et celles des hôpitaux privés qui participent au service public hospitalier.

**M. Guy Penne.** Très bien !

**M. Gérard Roujas.** Les dérèglements de l'hôpital sont complexes. Le malaise des personnels est aujourd'hui flagrant. Les solutions qui ont été proposées, même partielles et limitées, ont constitué une avancée significative, qui reste cependant insuffisante si l'on veut donner au service public toute les vertus qu'on est en droit d'en attendre.

L'excès des rigidités hiérarchiques, des contraintes budgétaires et financières, des lourdeurs du circuit bureaucratique, la désespérance des praticiens hospitaliers devant les insuffisances de moyens techniques ou de recherche, tout cela inquiète. La fuite des praticiens vers le secteur privé, pas toujours motivés seulement par un gain supplémentaire, s'explique par l'attrait d'une plus grande souplesse et de responsabilités personnelles plus importantes et plus diversifiées pour eux, ainsi que par une prise en charge de proximité des malades.

Cette situation s'explique aussi par une qualité et une rapidité plus grande des services complémentaires à l'acte médical dans le secteur privé.

Responsabilité réelle, perspectives de carrière, situations salariales confortables, qualité des techniques et des techniciens sont les objectifs et en même temps les éléments essentiels d'un fonctionnement équilibré et satisfaisant des services hospitaliers publics et privés.

Sans traiter des statuts, le projet de loi veut imprimer des modifications significatives aux modes d'organisation des hôpitaux publics.

L'élément premier en est l'unité fonctionnelle, base de l'organisation médicale ; il est porteur d'une organisation structurelle pratique et simplifiée, donc plus efficace, et permettant une redynamisation de l'activité hospitalière.

C'est à partir de l'unité fonctionnelle que se dessine l'organisation en services ou en départements. Le fonctionnement à partir de l'unité fonctionnelle a le mérite d'aider également à l'exigence d'excellence médicale ainsi qu'à l'excellence des conditions d'accueil et de séjour, notamment la prise en compte de l'état socio-psychologique des malades.

L'assouplissement dans les contraintes strictes, notamment budgétaires, la pratique plus large du contrôle *a posteriori*, comme les modestes possibilités de placements financiers et de ressources commerciales grâce à l'exploitation de brevets facilitent une meilleure prise en compte de l'activité hospitalière publique.

Tout cela permet, dans une certaine mesure, de préparer un rapprochement des pratiques du secteur privé qui, elles, méritent un certain encadrement, une certaine transparence. A cet égard, le projet de loi apporte des propositions significatives sur lesquelles je ne m'étendrai pas.

Il faudrait développer également les aspects positifs d'une approche de la répartition des structures et des moyens par la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire, ainsi que par les propositions de projet d'établissement contractuel.

Parmi les autres suggestions, deux ont une importance particulière, sous réserve que l'on énonce clairement les modalités pratiques de leur application et que l'on aboutisse à un accord sur la façon de les mettre en œuvre.

La première suggestion est liée à l'évaluation de la qualité des soins en fonction des installations techniques et des équipes de soins. Le groupe socialiste proposera d'ailleurs de tenir également compte, dans ce processus d'évaluation, des coûts des thérapeutiques, toujours dans le souci de l'harmonisation.

La seconde suggestion est liée à une évolution de la tarification par une prise en compte des pathologies, car, aujourd'hui, pour les hôpitaux publics comme pour les hôpitaux privés, c'est dans la conception des recettes que le bât blesse. La dotation globale est une contrainte budgétaire très lourde et ne permet pas la prise en compte du dynamisme propre aux hôpitaux publics.

**M. Adrien Gouteyron.** Très bien !

**M. Jean Chérioux.** C'est vrai ! Vous tenez les mêmes propos que nous.

**M. Gérard Roujas.** Les cliniques privées, quant à elles, sentent bien la fragilité de la tarification au prix de journée, menacée à la fois par les initiatives du Gouvernement, qui tente d'en réduire l'importance, et par le souhait de certains grands groupes de faire des « chaînes » de cliniques privées gérées au plus près d'intérêts financiers immédiats. La tarification par les coûts par pathologie clarifierait la situation et apaiserait certaines menaces en harmonisant toujours les procédures.

De ce point de vue, il semble, monsieur le ministre, que des établissements privés sont tout à fait disposés à s'engager dans cette voie. Mais ils s'inquiètent eux-mêmes de résistances qu'il y aurait parmi les responsables des établissements publics.

Je souhaite que, sur ce point, vous nous précisiez la démarche que compte suivre le Gouvernement pour mettre en place un tel dispositif, que vous nous disiez si un calendrier est déjà envisagé et de quelle manière les établissements publics participeront à un tel système. Il est d'ailleurs peut-être nécessaire, en ce qui concerne une telle modification, de faire une expérimentation dans un département ou une région. Je vous remercie des précisions que vous voudrez bien nous apporter sur ce point.

Par ailleurs, il faut savoir intéresser les participants aux actions collectives dont ils sont les initiateurs. De ce point de vue, la proposition d'Alain Calmat me paraît devoir être retenue puisqu'il propose d'instituer le principe d'un intéressement dont le bénéfice irait au service. Une telle mesure me semble être de nature à favoriser la cohésion au sein des unités de soins, et ce pour le plus grand bénéfice des malades.

L'évaluation fait partie des dispositions essentielles de ce projet de loi ; c'est là une avancée significative. Je voudrais, cependant, que nous précisions clairement le contenu de cette notion.

Je m'inspirerai ici du rapport de M. Jean-François Armo-gathe : « L'évaluation des soins est l'ensemble des procédures de contrôle de la qualité du système de soins. Elle consiste à vérifier que les structures, activités et procédures du système de soins sont en conformité avec les objectifs du système de soins, et les meilleures possibles en regard de l'ensemble des critères de choix. »

Il s'agit là d'une procédure scientifique, qui est au centre d'une démarche d'optimalisation du fonctionnement hospitalier. Elle est la garantie, pour les citoyens, d'un regard critique nécessaire, permettant des évaluations constantes et des comparaisons objectives entre différents hôpitaux.

Je dirai un mot encore sur les instances de concertation, renforcées par votre projet de loi. Il paraît souhaitable, à nos yeux, d'aller plus loin dans cette démarche et de permettre plus particulièrement au service des soins infirmiers de participer plus directement aux décisions qui l'intéressent. Le projet d'établissement concerne très directement le service des soins infirmiers ; il est donc souhaitable qu'il soit consulté. Nous vous proposerons donc, par nos amendements, de renforcer les procédures générales de concertation.

En conclusion, je voudrais insister sur le fait que la « technicisation » médicale, dont le bénéfice est évident, ne doit pas avoir pour conséquence une déshumanisation à l'égard

des patients. Il est évident qu'une telle préoccupation ne peut être réglée par la loi. Elle dépend de la volonté des acteurs hospitaliers, et ceux-ci seront d'autant plus encouragés à y porter attention qu'ils le seront collectivement.

C'est en cela que nous ne pourrions accepter certains amendements proposés par la commission des affaires sociales, qui tendent, en particulier, à remettre en cause le principe de l'organisation interne de l'hôpital public et, en fait, à réintroduire certains contenus néfastes de la loi Barzach.

Le phénomène de « déshumanisation » est une réalité liée, souvent, à des difficultés de moyens, mais aussi, me semble-t-il, à une formation médicale si exclusivement scientifique et technique qu'elle fait oublier que « c'est de l'homme qu'il s'agit ».

J'ai limité mon intervention au difficile rapprochement des secteurs public et privé de l'hospitalisation.

J'aimerais que le service public hospitalier devienne dynamique, sans tomber dans les travers de la logique économique et commerciale qui l'amènerait à revendiquer un statut d'établissement public à caractère industriel ou commercial - E.P.I.C.

J'aimerais également que le secteur privé, sachant se détacher de pratiques proches de celles de l'E.P.I.C., s'inspire de quelques valeurs du service public. Ainsi, une imbrication entre les deux secteurs, mais sans confusion, donnerait-elle des chances de complémentarité dans le domaine des soins, notamment ceux d'urgence, mais aussi dans celui de la recherche et de l'enseignement.

C'est une vue utopique ? Peut-être, mais n'est-ce pas là le moteur d'une évolution permettant, peu à peu, une amélioration des conditions d'organisation d'une société ?

Les réflexions dont je vous ai fait part sont celles qu'aurait aimé vous présenter mon collègue et ami Franck Sérusclat, lequel ne pourra participer à ce débat qu'il suit toutefois avec beaucoup d'attention. (*Applaudissements sur les travées socialistes.*)

**M. le président.** La parole est à M. Minetti.

**M. Louis Minetti.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, en reconduisant M. Durieux dans ses fonctions de ministre délégué à la santé et en maintenant ce projet de loi si contesté à l'ordre du jour des travaux du Parlement, Mme Cresson et M. le Président de la République ont voulu - c'est indéniable - marquer leur ferme volonté de poursuivre, sans aucune inflexion, la politique sociale engagée et menée sous l'égide de MM. Rocard et Evin.

Ces décisions, graves de conséquences, ne sont pas - en tout cas, à nos yeux - celles qu'attendent les millions d'hommes et de femmes déçus par cette politique et qui ont pourtant contribué, en 1988, à porter une majorité de gauche à l'Assemblée nationale, afin qu'elle mette en œuvre une véritable politique de gauche et de progrès social, dont notre pays a tant besoin. (*Sourires sur les travées du R.P.R.*)

Si nous avons affirmé, lors de la constitution du nouveau ministère, que nous jugerions le Gouvernement à ses actes, il convient de constater que le premier des textes importants en matière sociale qui est soumis à notre discussion s'inspire toujours et encore de la même logique dite libérale - en fait, elle est très contraignante - pour faire prévaloir la destruction de notre système social et le remodelage de notre société.

La même méthode, qui consiste à faire tomber, morceau par morceau, l'ensemble de notre droit au travail, l'ensemble de notre système de protection sociale et de santé, continue d'être appliquée avec opiniâtreté et célérité, dans la perspective d'aligner encore plus, voire totalement si possible, la France, à l'horizon de 1993, uniquement sur la logique du profit capitaliste.

De même que les multiples textes s'attaquant aux principes fondamentaux sur lesquels notre législation sociale a été construite, le présent projet de loi s'inscrit dans le cadre de la remise en cause des acquis sociaux de notre peuple.

Comme les lois tendant à permettre et à encourager la précarisation de l'emploi et des salaires, ou encore l'instauration de la contribution sociale généralisée lors des derniers débats budgétaires, la réforme hospitalière qui nous est proposée n'est pas un texte de portée limitée.

Bien au contraire, c'est un texte qui va profondément bouleverser et ébranler l'ensemble de notre système de santé, en contribuant à axer, encore plus qu'actuellement, la politique de santé de notre pays autour de l'idée de rationnement des dépenses et d'une logique d'entreprisisme et de concurrence entre les différents acteurs et établissements de soins.

Cette réforme hospitalière, avec les mesures concernant le « déremboursement » ou le sous-remboursement des médicaments et celles qui sont relatives à l'encadrement de la liberté de prescription des médecins, fait partie d'une politique globale qui tend à mettre à la charge des assurés sociaux une part de plus en plus importante des dépenses de santé et à permettre le désengagement financier de l'Etat et du patronat.

En cette circonstance comme en d'autres, la logique de la recherche du profit est substituée à la notion de service public, l'initiative privée est portée aux nues et considérée comme la panacée, seule capable d'apporter des solutions efficaces et rationnelles aux besoins des gens en matière de santé.

Couplée avec le développement des pratiques « assurantielles » dans le domaine de la protection sociale complémentaire, la course effrénée à laquelle les investisseurs privés se livrent, et se livreront encore plus, pour tirer le maximum de profit des appareillages et structures qu'ils auront contribué à financer, y compris à l'intérieur des hôpitaux publics, se traduira inmanquablement, pour les gens les moins fortunés, par de plus en plus de difficultés pour accéder à des soins de qualité.

L'intrusion des capitaux et des intérêts privés dans le domaine de la protection sociale comme dans celui de la santé met en cause le principe d'égalité des citoyens devant la maladie, en participant au renchérissement progressif de l'accès aux soins. J'ai entendu parler tout à l'heure de soins à plusieurs vitesses ; cette menace, est, hélas ! réelle.

Le droit fondamental des hommes et des femmes à la santé serait, ainsi, encore plus étroitement assujéti aux dures et implacables lois de la rentabilité maximale des capitaux investis par les grands groupes économiques et financiers qui choisiront - certains l'ont même déjà fait - le domaine de la santé comme créneau porteur.

Les compagnies d'assurances et les grands groupes économiques et financiers auront ainsi tout le loisir de se partager les importants - juteux, diront certains - bénéfices de ce qui, au lieu de demeurer le droit à la santé, sera devenu un marché comme un autre...

**M. Paul Souffrin.** C'est vrai !

**M. Louis Minetti.** ... investi par des entreprises comme les autres, offrant contre rémunération des produits à des clients, aux fins de rentabilisation des capitaux investis. J'ai bien dit « produits » et non pas « soins ».

Tout, dans ce projet de loi, contrairement aux affirmations officielles, tend à la prédominance des intérêts privés dans notre système de santé. Comment pourrait-il en être autrement avec la politique d'austérité budgétaire et de désengagement financier de l'Etat dans le domaine de la santé que nous connaissons déjà aujourd'hui ?

Alliée aux dispositions de ce texte qui prévoient une tutelle tatillonne du ministère de la santé, par le biais de la carte et du schéma d'organisation sanitaire et par celui du régime des autorisations de création, d'extension ou de transformation des équipements des établissements publics ou privés, cette politique ne pourra que favoriser l'investissement privé, lequel ne se fera, bien entendu, qu'à partir de critères économiques et financiers et non à partir de critères sanitaires et sociaux.

Il ne fait aucun doute, en effet, que, pour limiter, voire éviter, la participation financière de l'Etat, les autorisations seront accordées, en priorité, aux établissements privés qui disposeront de capitaux suffisants pour s'autofinancer largement, ou bien aux établissements publics qui accepteront de laisser une large place au financement privé de leurs installations.

D'ailleurs, pour ces derniers, l'alternative sera simple et claire : ou bien, pour financer l'optimisation de leurs structures, ils devront accepter la pénétration des capitaux privés qui se fera par l'intermédiaire des groupements d'intérêts publics ou économiques, prévus à l'article 6, ou bien ils



devront refuser cette pénétration et seront, à terme, condamnés à périlcliter et ne pourront répondre à la demande de soins.

On peut aisément comprendre que, bien sûr, ce choix n'en est pas un, que l'égalité entre établissements publics et privés, proclamée à l'article 1<sup>er</sup>, ne sera que de façade et que l'hôpital public n'aura pas les moyens financiers de cette égalité.

Chaque fois que l'hôpital public voudra se donner ces moyens, ce sera au prix d'une spécialisation à outrance de ses activités et de l'abandon des missions d'intérêt général et de service public qu'il assumait, ce sera au prix de son alliance avec les intérêts privés.

Tout concourt, dans ce projet de loi, sous prétexte de rationalisation des soins et des équipements, à la réduction des capacités d'hospitalisation de notre pays, jugées « trop lourdes et trop difficilement finançables ».

Alors que le maillage des équipements sanitaires et sociaux dont nous disposons aujourd'hui constitue, à partir des hôpitaux de proximité, un atout irremplaçable pour répondre aux besoins de santé de la population, ce sont, d'ores et déjà, la disparition de dizaines d'hôpitaux de proximité, de maternités, de petites cliniques privées et la suppression, à court terme, de quelque 60 000 lits dans l'ensemble du système hospitalier, qui sont programmées.

Même s'il est vrai que le développement, rendu possible aujourd'hui, des « alternatives à l'hospitalisation » est nécessaire, et que ces dernières peuvent remplacer avantageusement, dans bon nombre de pathologies simples et maîtrisées, une hospitalisation forcément plus coûteuse, rien ne justifie l'ampleur des fermetures de lits envisagée, ampleur qui est bien supérieure aux capacités de ces structures alternatives.

**M. Paul Souffrin.** Très bien !

**M. Louis Minetti.** Nous refusons, pour notre part, que les soins sans hébergement soient mis en concurrence avec l'hospitalisation et que leur création soit subordonnée systématiquement à la réduction des capacités hospitalières.

Les alternatives à l'hospitalisation doivent, au contraire, être développées pour répondre aux besoins de la population, dans le cadre des missions de service public, et ce en complémentarité avec les structures existantes.

Déjà, depuis quelques années, de grands groupes économiques et financiers, comme la Lyonnaise des eaux, organisent des réseaux de soins coordonnés, afin d'investir l'ensemble du domaine de la santé et de prendre en charge, dans un objectif lucratif et moyennant le versement régulier de fonds, les besoins des gens en matière de santé, de la naissance à la mort, si l'on peut dire.

Le présent projet de loi les intègre pleinement à l'organisation sanitaire, afin d'en faire l'un des piliers de notre nouveau système de soins. Ainsi se dessine, petit à petit, la physionomie du futur d'un nouveau système de santé, axé sur des critères essentiellement économiques et qui ne conçoit l'action sanitaire et sociale qu'en termes de rentabilisation des capitaux.

La maladie devient ainsi un prétexte à la réalisation de profits, le malade étant considéré comme un client dont la première des caractéristiques doit être la solvabilité. Ainsi, moyennant le versement d'un « abonnement santé », le réseau de soins assurera la prise en charge de ses clients par ses dentistes, ses infirmières, ses médecins, ses kinésithérapeutes, à domicile ou dans les structures hospitalières - maternités, cliniques, hôpitaux publics, maisons de retraite - qu'il possède ou contrôle par l'intermédiaire des capitaux qu'il a engagés pour financer leurs équipements.

Le tarif de l'abonnement santé sera, bien entendu, fonction d'un certain nombre de risques et de catégories de soins prévus par des contrats qui auront tendance à évoluer vers une individualisation certaine, renforçant ainsi les inégalités dans l'accès aux soins. On revient là à une médecine à plusieurs vitesses.

Cependant, lorsque ces réseaux coordonnés ne pourront financer seuls des équipements médicaux lourds ou de haute technicité afin de disposer de la panoplie complète de soins susceptible d'attirer plus facilement les clients, ils auront recours aux financements publics et à ceux de l'assurance maladie.

C'est la raison pour laquelle l'article 6 du texte que vous nous proposez, monsieur le ministre, permet à des capitaux privés de participer au financement des équipements et des installations des hôpitaux publics par le biais des groupements d'intérêt public ou économique.

Les groupes économiques et financiers qui investiront dans les réseaux de soins investiront aussi, par exemple, dans l'appareillage sophistiqué des hôpitaux publics, ce qui leur permettra de disposer de plages horaires ou de priorités pour l'utilisation de ces matériels.

Le malade qui fera confiance à l'hospitalisation publique, au service public, sera donc considéré comme un malade non prioritaire, un malade de seconde zone, moins rentable, ce qui, pour le moins, est inacceptable et scandaleux.

Il ne fait ainsi aucun doute que, pour obtenir un examen sophistiqué ou pour bénéficier d'une thérapie coûteuse, ce malade sera contraint d'attendre encore plus longtemps qu'actuellement.

Son rendez-vous s'obtiendra plus facilement et plus rapidement par l'intermédiaire du système de consultation privée à partir de l'hôpital public que votre texte, monsieur le ministre, tend à développer.

Nous ne pouvons donc, pour notre part, que refuser cette évolution génératrice de profits autant que d'inégalités sociales. Nous refusons que les besoins de santé soient soumis aux capacités contributives des malades.

Nous refusons que cette logique d'entreprise de concurrence et de profits s'insinue encore davantage dans notre système de santé, qui doit être fondé sur les notions de solidarité nationale et de service public.

Nous refusons que le domaine de l'alternative à l'hospitalisation et la médecine ambulatoire soient dévolus aux intérêts privés.

Contrairement aux idées reçues, cette politique de santé dans son ensemble coûte et coûtera cher tant aux Françaises et aux Français qu'à l'assurance maladie.

Elle coûtera plus cher qu'une politique axée, tout à la fois, sur la prévention et sur l'optimisation des moyens de l'hospitalisation publique. La vocation du secteur privé est de lui être complémentaire.

**M. Paul Souffrin.** Très bien !

**M. Louis Minetti.** Si la santé a un coût qu'il faut contribuer à réduire, elle n'a cependant, du point de vue humain, pas de prix.

C'est au prix d'une politique de prévention importante et audacieuse qu'il reste à mener que pourront être réduits, à terme, les coûts de la santé dans notre pays.

C'est en favorisant la recherche médicale, en développant l'éducation pour la santé, les centres de santé, la médecine scolaire, la protection maternelle et infantile et la médecine du travail que pourront être réduites, à terme, les dépenses de santé, tout en améliorant la qualité de vie de la population.

Aujourd'hui, l'investissement ou le manque d'investissement dans le domaine de la prévention conditionne largement les dépenses de demain et d'après-demain.

L'insuffisance dramatique des crédits destinés à la prévention et, par conséquent, le déficit actuel de politique de prévention sanitaire et sociale sont, n'en doutons pas, un facteur important des surcoûts financiers à venir.

La prévention est, il nous faut bien le constater, la grande absente des projets de loi et des budgets de ces dernières années, comme d'ailleurs de cette réforme hospitalière. Sa caractéristique majeure est qu'elle ne profite directement qu'à la population et indirectement, à terme, à la sécurité sociale, et qu'elle ne peut servir à rentabiliser des capitaux.

Les personnels de santé sont, eux aussi, pratiquement absents de ce texte, qui, pourtant, les concerne au premier chef.

Qu'ils soient médecins, personnels soignants, infirmiers ou personnels techniques, ils ne sont présents dans ce texte qu'inclus dans des structures de prétendue concertation destinées avant tout à accompagner et à susciter une politique d'austérité.

Alors que les hôpitaux publics sont confrontés, du fait de l'insuffisance notoire des salaires, à une grave crise de recrutement du personnel soignant, il est particulièrement significatif que ce projet de réforme hospitalière ne soit pas accompagné de mesures de revalorisation salariale en faveur des

personnels. Ces mesures sont pourtant justifiées et indispensables au renouveau de l'hôpital public, comme à l'ensemble de notre économie.

Notre pays dispose aujourd'hui, dans le domaine de l'hospitalisation, d'un patrimoine considérable : d'abord, un tissu dense et diversifié, qui a contribué, pour une part décisive, au progrès médical et à sa diffusion ; ensuite, un équipement général performant et de haut niveau technique ; enfin, des personnels dont la compétence et la qualité sont unanimement reconnues.

Un tel patrimoine s'est constitué - il est important de le souligner - dans le cadre du service public et sur la base d'une exigence fondamentale d'égalité d'accès à des soins de qualité.

Il n'en reste pas moins que la situation de l'hôpital public ne cesse de se dégrader, des besoins de plus en plus nombreux ne pouvant être satisfaits à cause de la politique d'austérité et de compression systématique des dépenses de santé et de protection sociale.

Notre système hospitalier a besoin, pour répondre aux exigences de la population en matière de santé, de moyens nouveaux. Nous proposons, pour les dégager, trois types de mesures.

En premier lieu, elles sont destinées à desserrer l'étai des charges qui pèsent injustement sur l'hôpital. Elles visent essentiellement à rétablir à 40 p. 100 la participation de l'Etat aux dépenses d'investissement des hôpitaux publics.

Pour cela, nous préconisons de ne plus assujettir les établissements publics à la taxe sur les salaires, ce qui dégagerait pratiquement 10 milliards de francs par an, ni à la T.V.A. sur les investissements, ce qui dégagerait 5 milliards de francs.

De même, en revenant sur les dispositions instaurées en 1983 et qui ont pour effet de grever d'intérêts les emprunts auprès des banques auxquels les hôpitaux publics sont contraints de recourir, il serait possible de dégager encore 5 milliards de francs.

Ces seules dispositions dégageraient donc annuellement 20 milliards de francs supplémentaires dont pourraient bénéficier les établissements publics.

En deuxième lieu, les mesures que nous préconisons sont affectées à dégager des financements pour la sécurité sociale, tout particulièrement pour l'assurance maladie.

Elles sont contenues dans la proposition de loi relative au financement de la sécurité sociale qu'avec mon groupe j'ai déposée au mois de novembre dernier.

Parmi les principales mesures qu'elle contient, je citerai notamment l'instauration d'une cotisation de 13,6 p. 100 sur les revenus financiers et immobiliers, qui rapporterait, à elle seule, près de 53 milliards de francs chaque année, et l'institution d'une contribution spéciale à la charge, par exemple, des compagnies d'assurances et des entreprises pharmaceutiques.

Nous proposons, en troisième et dernier lieu, une gestion démocratique de l'hôpital public qui permette d'optimiser l'activité de chacun des intervenants afin de répondre aux besoins de santé exprimés par la population.

Le projet de réforme hospitalière qui nous est proposé ne correspond donc pas à la nécessaire rénovation de l'ensemble de notre système de soins et d'hospitalisation qu'il faudrait entreprendre et dont notre pays a besoin.

C'est pour toutes ces raisons qu'avec l'immense majorité des personnels hospitaliers, j'en suis persuadé, nous rejetterons et combattrons ce texte inacceptable. (*Applaudissements sur les travées communistes.*)

**M. le président.** La parole est à M. Gouteyron.

**M. Adrien Gouteyron.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous débattons ce soir d'un sujet dont l'importance n'échappe à personne. Cependant, monsieur le ministre, comme certains l'ont déjà souligné dans ce débat, la manière dont il s'est déroulé et surtout celle dont il s'est clos à l'Assemblée nationale est loin d'être satisfaisante et crée dans l'opinion un trouble que seul l'esprit d'ouverture dont vous ferez preuve, du moins nous l'espérons, lors de l'examen des amendements de la commission des affaires sociales peut apaiser.

C'est pourtant un sujet sur lequel un large consensus, pour reprendre un mot souvent employé voilà quelque temps, mais moins maintenant, aurait été bien utile.

Je ne reviendrai pas sur les excellentes interventions de M. le président de la commission et de M. le rapporteur. Avant de vous poser la question qui justifie mon intervention, monsieur le ministre, je reprendrai quelques-uns des thèmes qui ont été abordés par les orateurs précédents.

Tous les responsables locaux, tous les conseillers généraux, tous les maires sont extrêmement préoccupés par le problème de la dépendance. Je ne citerai pas les pourcentages qui figurent dans le rapport de M. Claude Huriet. Le nombre des personnes âgées de plus de quatre-vingts ans et de plus de soixante-cinq ans va croître de manière considérable dans notre pays et nous constatons déjà, dans nos communes, dans nos départements, les effets de cette augmentation.

Je sais bien que, compte tenu de la répartition actuelle des compétences ministérielles, vous n'avez pas à traiter de ce problème.

C'est dommage, car c'est cela qu'attendent les Français. N'entrant pas dans le détail des structures gouvernementales et ne les analysant pas, ils ne comprennent pas très bien que l'on puisse parler d'hospitalisation sans que l'on traite de ce problème. C'est une des raisons qui, pour nous, rend inacceptable la démarche gouvernementale.

Beaucoup d'orateurs ont insisté, tout à l'heure, sur les risques que présentent certaines dispositions du texte que vous nous proposez. Je me contenterai d'en énumérer certaines pour dire que j'adhère aux critiques qui ont été faites.

La première concerne la planification. C'est notre collègue M. Laffitte qui évoquait les risques d'une planification centralisée, rigide et trop globalisante. Je crois que l'on ne saurait trop y insister. Les dispositions envisagées et proposées par la commission des affaires sociales doivent, à cet égard, être prises en considération. Il est indispensable qu'elles soient adoptées par notre assemblée et retenues par le Gouvernement.

Monsieur le ministre, dans votre propos initial, vous avez essayé de conjurer un péril que vous sentiez monter. Vous avez, en effet, tenu à insister sur le pluralisme et sur ses vertus. Vous avez affirmé que le pluralisme est une force et que ce texte confirme le pluralisme hospitalier. Puissiez-vous dire vrai !

Ce n'est pas ce que pense l'opinion dans nos départements et dans nos villes.

M. le président de la commission des affaires sociales relevait tout à l'heure dans son intervention la fâcheuse concomitance de la discussion au Sénat du projet de loi portant réforme hospitalière et de la discussion à l'Assemblée nationale du projet de loi portant diverses mesures d'ordre social. J'entends fâcheuse pour vous, car elle éclaire, me semble-t-il, un certain nombre de vos intentions.

Tout le monde condamne le budget global. J'entendais tout à l'heure certains de nos collègues de l'opposition sénatoriale - de la majorité actuellement au pouvoir - le critiquer. Mais que faites-vous pour le modifier, pour le remplacer ? Peut-être y a-t-il là un thème de réflexion sur lequel la majorité et l'opposition pourraient travailler ensemble afin d'aboutir à des orientations sur lesquelles nous pourrions nous retrouver. Visiblement, vous ne le souhaitez pas. Il me semble même que vous souhaitez étendre ce budget global à des établissements qui, jusqu'à présent, n'en relevaient pas. C'est bien ce que nous craignons.

En ce qui concerne le système des autorisations, j'ai entendu tout à l'heure M. Teulade exposer les risques. Sans trop insister, il a dit clairement qu'un système d'autorisation trop soumis à certains aléas risquait de paralyser les efforts des établissements, de freiner l'investissement, de stériliser l'innovation et, par conséquent, de devenir défavorable au malade, qui doit pourtant être au centre de nos préoccupations. Sur ce point aussi, l'attitude qui sera celle du Gouvernement - par votre intermédiaire, monsieur le ministre - sera extrêmement révélatrice de la volonté du pouvoir actuel de doter le système hospitalier français d'une législation satisfaisante.

Je profiterai de l'occasion, monsieur le ministre, pour vous poser une question sur un texte qui n'est pas de nature législative. Puisque vous avez vous-même évoqué ce problème dans votre propos initial, je me crois autorisé à le faire.

Vous avez dit, en effet, voulant sans doute désarmer certaines critiques, que vous aviez abrogé un arrêté de décembre 1990 concernant la rémunération des cliniques privées, ce que les techniciens et les technocrates appelaient le F.S.O., le forfait salle d'opération.

Si je parle de cet arrêté, c'est parce qu'il me paraît très révélateur de ce qu'il ne faut pas faire.

Comment a-t-on sans doute raisonné ? Je vais essayer de l'expliquer.

On a d'abord dit qu'il fallait réaliser, dans ce secteur, environ un milliard de francs d'économies ; puis l'on s'est demandé où l'on pourrait trouver cette somme ; on a considéré, enfin, qu'on allait la récupérer sur la rémunération des cliniques pour la mise à disposition des salles d'opération, sur le forfait salle d'opération. On a alors décidé que l'on prendrait pour base de calcul trois années - 1987, 1988 et 1989 - et que, sur l'activité de ces trois années, on appliquerait un coefficient la plupart du temps réducteur. Mais on ne s'est pas trop demandé ce que cela donnerait concrètement dans les établissements !

Je vais prendre un exemple. Dans mon département, il y a une clinique privée de quatre-vingt-dix-neuf lits : vingt-cinq en maladie et soixante-quatorze en chirurgie. En application de cet arrêté, son forfait soins hospitaliers a été réduit de 25 p. 100, ce qui correspond, pour les cinq mois pendant lesquels l'arrêté a été en vigueur, à une perte de recettes de 700 000 francs.

Vous avez abrogé cet arrêté et vous l'avez remplacé par un autre, dont je ne connais pas le titre exact mais qui concerne la réanimation et l'anesthésie. Ce texte prévoit un abattement des deux cinquièmes.

Le point d'application est peut-être plus judicieux mais la démarche n'est pas meilleure ! Or c'est cette démarche que je voulais dénoncer. Monsieur le ministre, avez-vous fait faire des études pour connaître les effets de cette mesure sur les établissements ? Si tel est le cas, je serais heureux que vous nous fassiez part de leurs conclusions. Voilà, monsieur le ministre, le point sur lequel je voulais vous interroger.

A l'évidence, dans quelques instants, ou demain, avec l'examen des articles, l'heure de vérité sonnera. On saura alors si le Gouvernement est décidé, avec ce projet de loi, à accomplir plus qu'un geste, à adopter une attitude ouverte, compréhensive et réellement porteuse d'avenir ou bien s'il continue à rester dans son pré carré, à choisir une position qui ne conduira à rien de bien, et qui jettera peut-être les praticiens, les médecins et les infirmiers, bref toutes les catégories de personnels concernés, dans la rue ou, tout au moins, suscitera chez eux de grandes craintes.

Monsieur le ministre, votre responsabilité sera grande. C'est vous, bien entendu, qui déciderez non seulement de l'avenir de notre système hospitalier, mais aussi de la manière dont les Français se sentiront ou non sécurisés par lui. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I., de l'union centriste et du R.D.E.*)

**M. le président.** La parole est à M. Belcour.

**M. Henri Belcour.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, l'hôpital public a connu un essor coïncidant avec l'avènement de la Ve République. La loi de 1970, que l'on peut qualifier de loi « phare » de l'hospitalisation française, a eu pour objet d'assurer un développement des structures hospitalières en s'efforçant de traduire les mutations observées depuis les textes de 1958. Elle a ainsi créé un code législatif qui a permis les adaptations ultérieures du système hospitalier. Ce texte a défini et organisé l'hôpital en tant que pivot de notre système sanitaire.

Par le haut niveau de connaissances de son corps médical, par sa compétence et son dévouement, par ses moyens techniques et la valeur de ses chercheurs, l'hôpital a ainsi gagné la confiance et l'attachement des Français. Comme il est ouvert à tous et présent sur l'ensemble de notre territoire, il apporte des prestations de qualité adaptées à la diversité des besoins de santé de la population.

Et pourtant, l'hôpital est en crise ! Il subit une crise matérielle et morale, ainsi qu'en témoigne actuellement le malaise de l'ensemble de ses personnels. Comme l'a indiqué le professeur Steg dans son rapport, les progrès technologiques, l'évolution des pathologies, les demandes des malades et l'inadaptation des instruments de la planification sanitaire imposent d'aborder d'un œil nouveau le système hospitalier.

Présenté comme un volet des « grands chantiers » conduits par le Gouvernement, le texte qui nous est soumis aujourd'hui propose certaines réformes qui, par leurs effets, soulèvent des interrogations. Par ailleurs, certaines questions importantes qui engagent l'avenir et la conception de l'hôpital de demain n'y sont pas traitées.

En premier lieu, ce projet de loi envisage d'affecter de nouvelles missions à l'hôpital. Il en est ainsi de l'évaluation des soins, qui conditionne la planification sanitaire.

Comme l'a indiqué M. le rapporteur dans son rapport fait au nom de la commission des affaires sociales, les instruments mis à la disposition de la planification et du contrôle du système hospitalier ne sont pas adaptés aux récentes évolutions évoquées précédemment. Jusqu'à présent, la planification s'est donc réduite à la seule appréciation des besoins de lits par rapport à la population, calculés par grandes disciplines, alors qu'on a assisté à une diversification des techniques et à un développement des structures de soins alternatives à l'hospitalisation. La pénurie des moyens humains, juridiques ou techniques impliqués dans cette tâche, hypothèque parfois jusqu'à la fiabilité des résultats fournis.

On ne peut remettre en question la notion d'évaluation des soins, qui est essentielle pour bien mesurer les besoins et les résultats des différents établissements, afin de permettre, ensuite, une planification sanitaire dans les départements et les régions. La majeure partie des personnels hospitaliers font part de leur intérêt à ce sujet et se déclarent prêts à prendre une part active à l'évaluation de la qualité des soins.

Toutefois, dans le présent projet de loi, si l'évaluation est évoquée à quelques reprises, rien n'est dit des moyens nécessaires à sa mise en œuvre. On souhaite l'instauration de départements et de gens formés - en informatique notamment - dans tous les établissements. Or, en l'état actuel des choses, je suis amené à penser que la mise en place des programmes de médicalisation des systèmes d'information, comme celle des départements d'information médicale, risque d'alourdir, dans chacun de nos hôpitaux, les charges de fonctionnement des nouvelles équipes administratives.

De plus, monsieur le ministre, j'aimerais avoir quelques précisions, ainsi que des éclaircissements, sur la manière dont va être mise en œuvre l'évaluation qualitative des soins.

Ce texte revient, par ailleurs, au projet de départementalisation des hôpitaux, qui a été engagé par la loi du 3 janvier 1984 et dont l'échec a pourtant été flagrant. On multiplie ainsi les strates d'organisation médicale et l'on peut craindre que cette superposition d'unités fonctionnelles, de services, de départements et de fédérations, n'introduise une balkanisation des responsabilités et, de ce fait, l'incohérence. Les personnels médicaux attendent chose que d'illusoire compensations, monsieur le ministre !

Il existe, à ce sujet, une crise de recrutement dans les services hospitaliers. Ainsi, 2 280 postes de personnel médical seraient vacants. Un certain nombre de ces postes sont occupés par des étrangers, et ce malgré une démographie médicale française plutôt favorable.

De plus, dans bon nombre d'établissements, il est souvent difficile, voire impossible, de recruter un agent hospitalier, une aide-soignante ou une infirmière. Nous savons, bien sûr, que les hôpitaux complètent leur personnel par le biais des contrats emploi-solidarité. Mais ce dispositif temporaire connaît des limites.

Pour revenir à la situation particulière des médecins, il faut reconnaître que la fonction publique hospitalière n'est pas suffisamment attractive en matière de rémunérations.

De plus, les praticiens hospitaliers ne sont pas satisfaits de leur retraite, dont le niveau est jugé insuffisant. En effet, un certain nombre d'entre eux, en raison de la durée de leurs études, sont entrés dans la vie active tardivement et n'ont donc pas le nombre d'annuités nécessaire. Ne serait-il pas souhaitable, alors, de revoir les modes de calcul à ce sujet ?

Par ailleurs, ne pourrait-on pas inclure, désormais, les indemnités perçues par les médecins au titre des gardes et autres services ? Sur ce dernier point, il faut signaler que ces indemnités représentent une proportion importante des revenus de certains praticiens.

Comme nous venons de le voir, si ce texte ne propose aucune solution concrète au malaise incontestable qui affecte le personnel hospitalier, il passe également à côté d'autres enjeux.

Il en est ainsi de l'accueil des personnes âgées dépendantes, pour lesquelles l'offre de lits est souvent inadaptée. Celles-ci ne choisissent pas toujours leur lieu d'hébergement et gardent à leur charge des dépenses d'un coût fort différent, qui ne dépend pas de leur état mais des places disponibles. On constate donc fréquemment que des personnes âgées dépendantes restent dans des établissements dont les prix de journée peuvent varier fortement.

Il convient de signaler également un autre fait préoccupant : les hôpitaux psychiatriques comptent un pourcentage relativement élevé de personnes qui pourraient être accueillies dans un autre type de structures.

Au moment où l'on se préoccupe de l'avenir de nos retraités, il faudrait prendre en compte l'une des conséquences du vieillissement de notre population et envisager, rapidement et concrètement, la création de structures d'hébergement adaptées à l'état de chacun de nos anciens. Le projet de loi ne semble pas traduire une telle volonté.

De même, il n'aborde pas de manière satisfaisante le développement des alternatives à l'hospitalisation.

Le Conseil économique et social, dans son rapport, a souligné qu'il était impératif de faire figurer ces alternatives parmi les missions de l'ensemble des établissements de soins afin qu'elles soient prises en compte, qu'il s'agisse des soins coordonnés, de l'hôpital à domicile ou de la chirurgie ambulatoire. Or, les quelques mesures que retient ce projet de loi à cet égard restent très superficielles. C'est regrettable car, à l'évidence, les multiples formes d'alternatives à l'hospitalisation constitueront demain une forme d'exercice qui s'imposera à tous.

A l'issue de cet examen, on peut s'interroger sur l'efficacité d'un texte qui traite de manière semblable des centres hospitaliers de tailles fort différentes, à savoir des centres hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers régionaux ou encore des centres hospitaliers généraux.

On peut certes édicter pour eux les mêmes structures, mais le contexte et les problèmes de personnels restent très spécifiques.

Par ailleurs, de nombreux décrets sont prévus. Or, on sait que les textes réglementaires sont souvent longs à paraître, ce qui rend ainsi de nombreuses lois inapplicables. Aussi peut-on déplorer le manque d'information concernant ces décrets.

Enfin, il ne faut pas oublier que le projet hospitalier doit être conçu pour le malade. Ce dernier apparaît comme occulté dans ce projet. C'est pourquoi le rapporteur de la commission propose des amendements que j'approuve. Ils renforcent les garanties et les droits du malade afin de combler une carence regrettable.

De plus, j'approuverai, lors de l'examen des articles, les autres propositions émanant de la commission des affaires sociales de manière à faire de ce texte un dispositif plus efficient pour l'hôpital. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I., de l'union centriste et du R.D.E.*)

**M. le président.** La parole est à M. Husson.

**M. Roger Husson.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, je présenterai quelques réflexions et constatations, après les exposés de mes collègues.

Le système hospitalier français présente d'incontestables faiblesses, principalement à cause de ses structures et non point en raison de la qualité de ses personnels. Chacun le sait : la haute performance de nos équipes médicales, tant pour les soins que pour la recherche, s'inscrit parmi les meilleures.

Néanmoins, il convient de bien comprendre que seul l'hôpital public rencontre des difficultés, des difficultés telles que les personnels sont contraints de descendre dans la rue pour être entendus ! Entendus, ils l'ont été. Quant à savoir s'ils ont été écoutés, c'est manifestement une autre affaire ! En effet, si nous prenons l'exemple des infirmières, le moins que l'on puisse dire, c'est que M. Claude Evin s'est hâté lentement pour tenter de résoudre leurs problèmes.

M. Evin n'est plus ministre, mais les questions demeurent, et ce n'est pas ce projet de loi qui améliorera les choses, bien au contraire. Le Sénat a été le seul à se saisir des difficultés matérielles et professionnelles des infirmières - je tenais à le rappeler avec force.

Les sénateurs ont été les seuls à constituer une mission d'information, à l'initiative du groupe du R.P.R., qui a écouté, auditionné, consulté pendant près de six mois, en 1989, afin de mieux comprendre les infirmières. Le rapporteur de cette mission, mon collègue Charles Descours, a publié son rapport le 20 juin 1989 ; le contenu de ce dernier révélait la justesse de nos propositions, qui répondaient globalement aux attentes de la profession.

Malheureusement, le Gouvernement n'a jamais donné suite aux conclusions du Sénat, laissant maladroitement la situation se pourrir. Aujourd'hui, c'est en réalité l'ensemble de l'hôpital public qui est en crise et ce n'est ni ce projet de loi ni les attaques contre l'hospitalisation privée qui y changera quelque chose.

Je n'oublie pas ce formidable acharnement, aussi injuste qu'incompréhensible, à entraver le développement harmonieux du secteur privé, qui s'est concrétisé dans ce projet de loi que le Sénat a refusé par deux fois de voter, en décembre 1990 ; préconisation des conventions désormais à durée déterminée, forfaitisation des dépenses de biologie : autant de dispositions qui conduisent la médecine libérale à la faillite.

Monsieur le ministre, le système de santé français a besoin du secteur public comme du secteur privé, des capacités d'accueil et des compétences de chacun. Aussi, je trouve fâcheuses ces attaques permanentes qui sont lancées contre les professions de santé pour cause de maîtrise des dépenses. Certes, il faut maîtriser les dépenses. Mais j'ai le sentiment que toutes les voies n'ont pas été explorées et que le Gouvernement penche pour la facilité. Ne conviendrait-il pas, par exemple, d'envisager plus sérieusement une restructuration des organismes de protection sociale et une rationalisation de leur gestion ?

Revenons plus précisément au débat de ce jour et à votre projet de réforme hospitalière, monsieur le ministre.

Je n'examinerai pas de nouveau l'ensemble de ce texte, car mes collègues, notamment M. le rapporteur, l'ont fait avec précision et compétence. En revanche, je souhaite aborder une question qui inquiète tous les élus locaux que nous sommes : l'avenir des hôpitaux locaux.

Je suis inquiet, car cette réforme vise essentiellement le fonctionnement des C.H.U. et des C.H.R. quant à l'organisation médicale !

En revanche, rien n'est prévu en ce qui concerne le devenir des hôpitaux locaux aux statuts mal définis et dont le fonctionnement est rendu de plus en plus difficile par la négation de certaines évidences non prises en compte.

La tendance est à la suppression de certains lits de médecine sous le prétexte d'une durée moyenne de séjour trop élevée ou de médecine à tendance gériatrique !

On semble ignorer pudiquement que, dans les établissements de ce type, ce sont les praticiens autorisés qui suivent leurs malades à titre onéreux dans de telles unités et que, par voie de conséquence, ces praticiens ont financièrement intérêt à ce que le séjour de leurs malades dure !

La possibilité de nomination d'un praticien à temps plein, ayant la responsabilité du service, aurait certainement pour conséquence première de faire sensiblement diminuer cette durée moyenne de séjour tant incriminée et dont on tente de se servir pour justifier la fermeture de tel service, sans se soucier de son utilité patente sur le plan local.

Pour ce qui est des services de moyens et de longs séjours, tout le monde constate la dégradation des conditions de séjour et d'encadrement paramédical dans ces unités, dans lesquelles, très souvent, exerce un personnel à la fois dévoué et compétent, mais en nombre devenu insuffisant par rapport à l'ampleur du problème posé !

En effet, il est patent que les pensionnaires admis dans ces unités le sont de plus en plus tard, grâce au maintien à domicile, et que, lorsqu'ils arrivent dans nos services, ils sont de plus en plus dépendants et mal en point ; leur état justifierait amplement une augmentation des effectifs pour faire face, de façon réaliste, à cette augmentation de charge.

Il n'y a rien de tout cela dans ce projet de réforme hospitalière !

Dans le meilleur des cas, l'effectif du personnel reste figé à son niveau d'il y a dix ans. Trop souvent même, par recherche d'économies à tout prix, certains postes d'agents partant en retraite ne peuvent être remplacés. Le personnel malade ou en congé de maternité ne peut également être

remplacé, augmentant ainsi la charge du personnel restant, qui devient de plus en plus lourde, voire, dans des cas limites, insupportable, pour ce personnel proportionnellement moins nombreux, qui s'épuise, malgré toute la bonne volonté qui les anime, d'où un absentéisme croissant.

Il s'ensuit, à l'hôpital, une qualité de vie en constante dégradation, tant pour les malades ou pensionnaires que pour le personnel.

Hélas ! il n'y a point de réforme à l'horizon dans ce domaine.

J'attire néanmoins votre attention sur l'impérieuse nécessité de maintenir une hospitalisation de proximité et de qualité. Je souhaiterais que vous m'en donniez l'assurance. De plus, peut-on espérer une mise en chantier rapide d'un statut de l'hôpital local que nous appelons tous de nos vœux ?

Enfin, monsieur le ministre, je tiens à vous dire, en conclusion, pourquoi je voterai sans hésitation les amendements de la commission des affaires sociales.

Le projet de loi, qui reprend les grandes lignes du rapport Couty demandé par le Gouvernement à la suite de la grande grève des infirmières de 1989, ne permettra pas de résoudre les graves problèmes que rencontrent les hôpitaux.

Le diagnostic est dorénavant bien établi et connu de tous : des lits en surnombre, de sérieux problèmes de recrutement des infirmiers, des médecins et des chirurgiens, les effets pervers du budget global, les mauvaises organisation et gestion de l'hôpital, enfin, l'absence de réponse aux problèmes du quatrième âge et de la dépendance.

Aucun de ces problèmes n'est sérieusement abordé par le projet de loi. En revanche, ces questions sont traitées dans les travaux du Sénat, ce dont je me félicite, persuadé que le sérieux et la clairvoyance sauront l'emporter. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste, ainsi que sur certaines travées du R.D.E.*)

**M. le président.** La parole est à M. Oudin.

**M. Jacques Oudin.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, la réforme hospitalière que nous examinons aujourd'hui doit être appréciée au regard du contexte général dans lequel elle s'inscrit, à savoir une évolution mal contrôlée des dépenses de santé qui se révèle de plus en plus pénalisante, d'une part, pour l'économie française et, d'autre part, pour le système de santé lui-même.

Je développerai donc ici trois séries d'observations : la première concerne le volume des dépenses de santé, leur évolution et leur financement ; la deuxième a trait aux inégalités préoccupantes résultant de la planification sanitaire ; la troisième, enfin, vise la nécessaire amélioration des modalités de fonctionnement des établissements hospitaliers publics.

A niveau sanitaire équivalent, la France est l'un des pays industriels qui consacre la part la plus importante de sa richesse nationale à son système de santé.

En 1987, la dépense nationale de santé, c'est-à-dire l'ensemble des dépenses de santé des agents économiques, et la dépense publique de santé, c'est-à-dire la part de ces dépenses prise en charge par un système de financement collectif, représentaient respectivement 8,6 p. 100 et 6,7 p. 100 du P.I.B. de notre pays, c'est-à-dire le taux le plus élevé, si l'on compare avec des pays comme le Japon, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Par ailleurs, la France est également l'un des pays développés où le rythme d'augmentation des dépenses de santé a été le plus rapide au cours des dernières années.

Ainsi, entre 1980 et 1987, quand la richesse nationale des pays de l'O.C.D.E. augmentait d'un point, les dépenses de santé progressaient partout à un rythme équivalent, sauf en France où elles continuaient d'augmenter de deux ou trois points.

Or, je le répète, le niveau élevé et la vigueur de la progression des dépenses de santé constatés dans notre pays ne se justifient pas par un niveau sanitaire particulièrement exceptionnel ou supérieur à celui des autres pays développés. Cette évolution des dépenses s'explique essentiellement par le dynamisme de la consommation médicale.

En 1990, la consommation médicale totale a ainsi atteint 538 milliards de francs, soit 9 537 francs par habitant. Depuis 1984, la progression en valeur de cette consommation médicale se situe entre 7 p. 100 et 10 p. 100 l'an, à l'exception d'ailleurs de l'année 1987, marquée par le « plan Séguin » visant à rationaliser la gestion de l'assurance maladie.

Quant à la seule consommation de soins hospitaliers et de soins en sections médicalisées, elle s'élève en 1990, à 253,2 milliards de francs, progressant ainsi de près de 7 p. 100 en valeur par rapport à l'année précédente.

Or, ce dynamisme de la consommation médicale influe nécessairement sur l'équilibre financier de la sécurité sociale, qui en finance aujourd'hui l'essentiel.

En l'absence d'une réelle maîtrise de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie, les tendances actuellement observées aboutissent à une dégradation préoccupante du solde des opérations courantes de la branche maladie du régime général de la sécurité sociale. En 1987, ce solde était positif de 4,8 milliards de francs ; il l'était encore de 2,1 milliards de francs en 1988.

L'année 1989 voit apparaître un déficit de 2,3 milliards de francs, qui se creuse, en 1990, à moins 10,3 milliards de francs.

La commission des comptes de la sécurité sociale a estimé à 7,8 milliards de francs le déficit de 1991 - c'est une estimation qui remonte au mois de février 1991 - mais il est à craindre que ce déficit ne soit, en fait, supérieur à cette prévision, sauf si un plan de maîtrise des dépenses de santé est adopté d'ici là.

Ces tendances ne pourront donc être surmontées que par une augmentation à due concurrence des prélèvements sociaux sous la forme, soit d'un relèvement du taux des cotisations, soit d'une augmentation de la C.S.G. Toutefois, j'ai cru comprendre, d'après des informations récentes, que le Gouvernement s'orienterait non pas vers une augmentation de la C.S.G., car cela l'obligerait à obtenir un vote du Parlement, mais plutôt vers un relèvement du taux des cotisations.

Or, une telle solution est incompatible avec le respect de l'incontournable contrainte de la compétitivité de l'économie française et de nos entreprises - vous le savez d'ailleurs fort bien, monsieur le ministre - en raison du niveau déjà élevé atteint, dans notre pays, par les prélèvements obligatoires et les prélèvements sociaux.

A ce propos, il me paraît bon de rappeler quelques chiffres, même si tout le monde les connaît.

Selon une étude de l'O.C.D.E. datant de 1988, les cotisations sociales représentaient ainsi, en France, 42,7 p. 100 du total des prélèvements obligatoires, contre 37,2 p. 100 en Allemagne et 29,8 p. 100 au Japon. Elles pesaient à hauteur de 18 p. 100 sur les entreprises françaises, contre 11 p. 100 en Allemagne. Par ailleurs, le niveau général des prélèvements obligatoires était évalué, en France, à 44,2 p. 100 du produit intérieur brut, contre 37,5 p. 100 en Allemagne et 28,8 p. 100 au Japon.

Dans ce contexte, le projet de loi portant réforme hospitalière, que nous examinons aujourd'hui, prend un relief tout particulier. La « crise » de l'hôpital constitue en effet une parfaite illustration des limites du modèle français de contrôle du système de santé, fondé sur l'application incertaine et indifférenciée de règles administratives à des activités qui, par leur nature, appelleraient, à l'évidence, une autre logique, comme l'ont fort bien souligné le président et le rapporteur de la commission des affaires sociales, ainsi que de nombreux orateurs.

En conséquence, le milieu hospitalier est aujourd'hui une institution peu ou mal régulée, qu'il s'agisse de la réorganisation du dispositif sanitaire face à l'évolution des besoins ou des règles présidant à sa gestion.

Ma dernière observation concerne la planification hospitalière - certains orateurs l'ont également évoquée - dont les résultats sont parfois étonnants, voire déconcertants.

N'insistons pas sur les capacités excédentaires des lits de court séjour ou de psychiatrie mises en évidence dans le rapport du commissariat général au Plan : environ 60 000 lits dans un cas, près de 28 000 dans l'autre.

Soulignons également que, dans le domaine de l'enseignement hospitalier universitaire, le nombre d'établissements, soit 44, est stable depuis de nombreuses années, alors que le nombre d'étudiants est passé de 24 000 à 4 000. Cela montre les problèmes d'adaptation qui se posent aussi dans ce secteur.

Je voudrais prendre l'exemple très concret de l'équipement hospitalier dans deux départements ayant une population équivalente : le mien, la Vendée, de 509 000 habitants et un département voisin de 516 000 habitants.

Le ratio de lits publics et privés pour 1 000 habitants varie quasiment du simple au double : il atteint ainsi 3,09 en Vendée contre 5,81 dans l'autre département. Il y a, en effet, 1 573 lits en Vendée, dont 1 338 lits publics, contre 3 002 lits dans le département voisin, dont 1 833 lits publics. En revanche, le nombre d'entrées dans les six établissements publics de chacun des deux départements est à peu près équivalent, à savoir 57 000 pour la Vendée et 59 000 pour l'autre département.

La dotation globale représente 713 millions de francs pour les six établissements publics de Vendée contre 928 millions de francs pour les six établissements publics du département voisin. Ainsi, on constate un écart de 215 millions de francs en ce qui concerne la dotation globale versée au secteur hospitalier public de ces deux départements.

Toutefois, rien ne permet d'affirmer que les Vendéens tombent moins souvent malades que leurs voisins ou qu'ils sont moins bien soignés ! Ces chiffres, lorsqu'on les examine en détail, sont pour le moins accablants.

Je conclurai sur ce point en disant que la politique de planification par l'intermédiaire de la carte sanitaire s'avère à ce jour relativement inopérante en matière de régulation du secteur hospitalier public.

Or, en dépit des intentions officiellement proclamées, le projet de réforme hospitalière ne rompt pas véritablement avec la logique administrative et centralisatrice qui caractérise aujourd'hui la planification sanitaire. M. Laffitte l'a parfaitement dit.

Ma troisième observation portera sur le nécessaire renforcement de l'autonomie des établissements hospitaliers publics. Ces établissements souffrent aujourd'hui d'un statut inadapté et d'une tutelle tatillonne, qui, à défaut d'avoir un pouvoir d'impulsion, entrave l'activité des plus dynamiques d'entre eux.

Le mode de financement de l'hospitalisation publique, fondé sur la conjonction du taux directeur et du budget global, manifeste également ses limites.

Ce dispositif, en rendant les budgets des hôpitaux indépendants de leur activité, constitue une véritable rente de situation pour les hôpitaux « assoupis » - il en existe - et paralyse l'évolution et le développement des hôpitaux les plus actifs - il en existe également.

Par ailleurs, le budget global ne paraît plus guère contribuer aujourd'hui à la maîtrise de l'évolution des dépenses du secteur hospitalier, qui a un peu été créé pour cela.

Ainsi, selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de février 1991, le taux d'évolution des versements de l'assurance maladie au secteur hospitalier sous budget global atteignait, en 1990, 7,3 p. 100 d'augmentation et, pour la deuxième année consécutive, il était supérieur à l'évolution du produit intérieur brut en valeur.

Cette augmentation est partiellement imputable à une dérive de l'ordre de 2 milliards de francs, dont l'origine, toujours selon la commission des comptes de la sécurité sociale, demeure « inexpiquée ».

Le contingentement administratif a ainsi fait la preuve de ses limites et de ses insuffisances en ce qui concerne la gestion du secteur hospitalier public.

En revanche, les propositions de notre commission des affaires sociales me paraissent aller dans le bon sens et je les approuve totalement.

Il faut donner la préférence aux concepts d'optimisation, d'évaluation, d'incitation et de concertation plutôt qu'à ceux de contrôle, de contrainte et de coercition.

Il faut contractualiser au maximum les rapports entre les autorités et les établissements. Il faut éviter de tomber dans l'erreur manifeste qui consiste à brimer le secteur privé pour tenter de sauver le secteur public. Il faut s'informer des expériences étrangères, de leurs réussites comme de leurs échecs. Il faut former et intéresser tous les acteurs du secteur hospitalier aux techniques les plus modernes de participation et de gestion. Je ne fais que reprendre là les excellentes suggestions de notre président.

Bref, il est nécessaire de modifier notre cadre de réflexion et de nous affranchir de certaines pratiques administratives.

Mais soyons clairs : l'Etat ne dispose pas actuellement des moyens humains et matériels lui permettant, d'une part, d'assurer une tutelle rénovée et, d'autre part, de mettre en œuvre une réforme profonde et efficace du secteur hospitalier. Je

pars du principe, me direz-vous, que l'échec est certain. Dans le contexte actuel, ce jugement n'est pourtant pas loin de la vérité.

La dotation globale demeure gérée de la façon la plus bureaucratique qui soit, sans « réallocation » des ressources entre départements ou entre établissements en fonction des résultats acquis. Si vous avez vraiment l'intention de modifier le système actuellement en vigueur, je serais content de vous l'entendre affirmer.

Enfin - Dieu sait si, comme on l'a vu, c'est important ! - la restructuration du secteur hospitalier ne sera possible que si l'Etat procède à une gestion sociale dynamique des personnels concernés par ces restructurations.

Cependant, rien de tout cela n'est acquis aujourd'hui et je doute que cela le soit prochainement ! Le projet du Gouvernement est en effet tout à fait insuffisant.

L'excellent travail de la commission des affaires sociales du Sénat ne pourra donc porter ses fruits que si vous acceptez tous ses amendements, monsieur le ministre.

Au-delà de cette réforme hospitalière, vous laissez en suspens tout le problème de l'équilibre financier de la sécurité sociale, sur lequel nous attendons toujours un débat sérieux et approfondi, débat qui n'est jamais venu sous l'égide de votre prédécesseur. J'espère qu'il pourra venir sous la vôtre, car la situation dans ce domaine s'aggrave de mois en mois. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste, ainsi que sur certaines travées du R.D.E.*)

**M. le président.** La parole est à M. Souvet.

**M. Louis Souvet.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, par manque de temps, je ne présenterai pas ce soir, et je le regrette, un discours construit. J'ai simplement jeté sur le papier quelques réflexions afin d'apporter ma modeste contribution à l'édifice que nous construisons ensemble. Mon propos sera donc nécessairement court, ce dont je vous prie de m'excuser.

N'étant pas médecin, je n'ai pas l'assurance de certains de mes illustres prédécesseurs ou de mes éminents collègues qui sont montés à cette tribune. Je ne suis que le modeste président du conseil d'administration d'un hôpital général d'environ 700 lits. Pour moi, donc, l'humilité s'impose.

Je souhaite vous dire, du fait de mon expérience, ce que les hommes de terrain pensent de la réforme que vous proposez, comment ils la ressentent, comment ils la vivent. Vous voudrez bien me le pardonner, mais je me ferai l'écho de l'attente des médecins, des personnels hospitaliers et des malades, et je laisserai de côté les propos des éminents professeurs, techniciens ou technocrates, qui pensent l'organisation, comme je ferai un sort à ceux qui ont pour principal objectif les gisements d'économie que pourraient receler les fonctionnements différents des structures hospitalières.

L'hôpital connaît des problèmes, l'hôpital est en crise ; en témoignent certains événements, certains mouvements sociaux récents. Il fallait donc une loi de réforme. Vous vous y êtes attaqué, monsieur le ministre, et ma première inclination serait de vous en féliciter si la réforme proposée répondait aux besoins des personnels.

A ce stade, hélas, il faut se rendre à l'évidence : votre projet de loi a fait naître de grands espoirs, c'est vrai, mais il n'apporte pas les solutions attendues. Ni les médecins hospitaliers ni les personnels ne trouvent de réponse à leur difficulté. L'appréciation de certains médecins hospitaliers que j'ai consultés est que ce projet est inutile autant qu'inapproprié. Il s'agit même, écrivent mes interlocuteurs, d'un projet qui est dangereux pour le développement des compétences et pour la réussite de l'hôpital public, et qui ne résout aucune des difficultés actuelles de l'hôpital.

Ces difficultés se regroupent en trois points : une crise de recrutement, à laquelle l'hôpital doit faire face, une crise de l'investissement, provoquée partiellement par le désengagement de l'Etat, et une crise de souplesse de sa gestion interne. Ce sont trois problèmes majeurs auxquels la réforme n'apporte pas de solution. Au contraire, elle crée des difficultés nouvelles à cause d'une planification trop rigide, qui confine au rationnement de l'offre de soins, d'un renforcement des prérogatives de la structure d'administration et d'une diminution du rôle, donc de la motivation, des médecins hospitaliers.

Monsieur le ministre, j'attire votre attention sur un point : être médecin hospitalier est un choix. On choisit également entre une carrière privée et une carrière publique. Prenons un exemple : un grand spécialiste du droit peut faire une brillante carrière dans une profession libérale. Il y gagnera sans doute beaucoup d'argent. Il peut aussi choisir la fonction publique. Il sera moins bien rémunéré peut-être. Il vivra différemment et travaillera, par exemple, dans un décorum que lui enverra le privé. C'est un choix de vie.

Il en est de même du médecin hospitalier et du médecin privé. Le premier sera sans doute moins rémunéré, mais son choix était peut-être guidé par une autre idée de l'exercice de sa profession, à savoir que l'hôpital offre des moyens de travail, des matériels, bref, des investissements permettant une autre pratique de la médecine, donc une autre conception de son rôle.

Vous comprendrez alors le désarroi des médecins hospitaliers, qui vivent chaque jour, au sein de l'hôpital public, la pénurie en matière tant de fonctionnement que d'investissements. Ils sont, bien sûr, démotivés, leur carrière n'étant pas aussi attractive que dans le privé, leur outil de travail devant de moins en moins performant, leur indépendance professionnelle étant remise en cause en permanence.

Tous les jours on constate que l'outil de la restructuration est spécifiquement budgétaire. Dans un hôpital que je connais bien, le taux directeur, pour 1991, est de 2,5 p. 100. Ce n'est pas, bien sûr, vous le savez, le taux de l'érosion monétaire.

Les conséquences de cette pratique sont redoutables. Elles se manifestent d'abord par le plafonnement des dépenses médicales et pharmaceutiques avec, comme corollaire, l'impossibilité de proposer des techniques nouvelles, je pense aux prothèses, aux stimulateurs cardiaques, à la chimiothérapie. On assiste donc à une paupérisation de l'hôpital et au non-renouvellement du parc, qu'il s'agisse des immeubles ou du matériel.

Elles se manifestent aussi par une atteinte inévitable à la qualité des soins, par l'appauvrissement des équipes soignantes, la pénurie d'infirmières se faisant durement sentir, par un épuisement des crédits d'investissement en matériel biomédical nouveau.

On assiste encore à la suppression d'activités médicales valorisantes pour l'hôpital général, et ce au profit des C.H.U. On revient là vingt ans en arrière !

Vous pensez peut-être que je noircis le tableau. Pourtant, j'ai en mémoire l'intervention de M. le maire de Versailles, conseiller d'Etat et président de la Fédération hospitalière, qui déclarait, devant la commission des affaires sociales du Sénat : « C'est un projet tiède que ce projet de loi. On ferme des services partout, les budgets ne sont pas opérants. On ne maîtrise pas les dépenses. Il n'y a plus de candidats, ni chez les médecins, ni chez les infirmières. Les écoles ne recrutent pas, l'hôpital n'attire plus. »

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Tout va mal, quoi !

**M. Louis Souvet.** Vous réagissez, monsieur le ministre, mais ce n'est pas moi qui le dis ! Je ne fais que citer le président de la Fédération hospitalière.

C'est grave quand un pays n'est plus capable de susciter les vocations dont il a besoin pour soigner à la fois ses corps - car il faut, me semble-t-il, des vocations - et ses âmes, puisqu'il n'y a pas davantage de prêtres.

Je puis porter témoignage que nous avons beaucoup de demandes de « médecins » étrangers ; vous comprenez bien pourquoi je mets ce mot entre guillemets.

On peut se demander si nous ne sommes pas au travail sur une loi placebo.

Je citerai M. le professeur Cabrol pour conclure mon intervention. Dans son ouvrage *Parole de médecin*, il résume bien, me semble-t-il, la situation actuelle.

« Il est apparu aux gouvernements successifs que ces dépenses de santé croissaient d'une façon alarmante. Comme ces dépenses sont à la charge de l'Etat par le biais de la sécurité sociale, il devint aussi évident que l'Etat ne pourrait suffire à les assurer. Il fallait tenter à tout prix de les réduire. A l'hôpital public, cette constatation s'est fait sentir assez vite, dès 1974. » Vous voyez que cela ne date pas d'aujourd'hui !

« Je me souviens du jour où, étant au comité médical consultatif du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, il nous fut lu une circulaire du directeur général qui disait en clair que l'Assistance publique n'encourageait plus les services à forte activité, comme elle l'avait fait dans le passé, mais ceux au contraire qui dépenseraient le moins : « les recettes de l'hôpital étant les dépenses de la sécurité sociale et par conséquent de l'Etat ». Pour moi, à ce moment, tout a basculé.

« Tous les efforts que nous avons faits depuis vingt ans pour remettre la médecine française au premier rang international, pour lui faire rattraper le retard considérable que nous avons pris en raison de la guerre et de ses suites, tous ces efforts allaient être stoppés, la marche vers le progrès ralentie. Cela m'a paru le signe annonciateur de la décadence médicale dans notre pays. Les circulaires succédèrent aux circulaires pour nous enjoindre de limiter nos dépenses, nos « dérapages », en fait notre activité. Les crédits d'équipement, de travaux, de fonctionnement diminuèrent. »

Je citerai également un passage de ce livre relatif au statut du groupement d'intérêt public, « que nous avons demandé, dit le professeur Cabrol, pour l'institut du cœur de la Pitié-Salpêtrière ».

« Malgré les difficultés engendrées par l'absence d'un tel statut, qui nous aurait garanti l'indépendance nécessaire, j'ai le ferme espoir que les autorités qui ont la charge de réaliser un tel projet auront la sagesse de nous permettre les innovations indispensables au maintien du progrès médical dans notre pays.

« C'est à ce prix que l'on pourra enrayer le mal de l'hôpital public, car nul ne peut plus nier maintenant que l'hôpital soit entré dans une crise grave. La récession économique des dix dernières années a amené un arrêt brutal dans son expansion naturelle. Parallèlement, l'augmentation considérable des coûts de santé a obligé l'Etat, pour limiter ces dépenses, à instaurer le « budget global » pour les hôpitaux, ce qui signifie, toute hypocrisie mise à part, une limitation *a priori* et imposée des crédits destinés aux soins des malades et, il faut le craindre, une incitation à la limitation de l'activité médicale et aux efforts de progrès des médecins les plus dynamiques. L'ampleur de la dégradation se traduit d'ailleurs par des symptômes évidents et perçus de tous : mécontentement grandissant des malades, découragement des infirmières, qui sont la base indispensable et combien appréciée de notre système public de soins, dramatique angoisse des internes et des chefs de clinique, qui sont l'espoir et le support de la médecine et spécialement de la médecine hospitalière de demain, c'est-à-dire ceux de qui dépendent les progrès que l'on nous promet : la guérison du cancer, du sida, des maladies cardio-vasculaires. Il est donc temps, et grand temps, de prendre les mesures nécessaires, si l'on veut éviter une véritable fuite de toutes ces énergies et de tous ces enthousiasmes vers la médecine libérale, qui saignera à blanc l'hôpital public ! » et, ajouterai-je personnellement, si l'on veut éviter la fuite de ces capacités vers l'étranger.

Puissent les efforts que nous faisons ensemble ici, puissent les amendements présentés par l'excellent rapporteur et remarquable praticien, Claude Huriet, nous préserver de l'effondrement de l'hôpital public et de notre système de soins ! (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste.*)

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, au terme de la discussion générale, au cours de laquelle ont été abordés à peu près tous les sujets et tous les problèmes que l'on rencontre aujourd'hui à l'hôpital, j'aimerais apporter brièvement mais aussi complètement que possible des éléments de réponse aux différents orateurs qui se sont exprimés.

Je commencerai par M. Huriet.

Je vous remercie, monsieur le rapporteur, de considérer avec le Gouvernement qu'il fallait, en effet, une réforme pour l'hôpital. Les raisons que vous avez avancées pour justifier la nécessité de cette réforme rejoignent largement celles que je soutiens.

A tous ceux qui ont évoqué la crise de l'hôpital, à vous en particulier, monsieur le rapporteur, je répondrai, d'une part, que les difficultés de l'hôpital ne datent pas d'hier ni même d'avant-hier et, d'autre part, que cette crise n'est pas, hélas ! réservée à la France. Dans tous les pays développés, en effet,

le développement du système hospitalier ne se fait pas sans difficultés. On peut même soutenir que, parmi eux, la France n'est pas celui qui rencontre les difficultés les plus grandes. Celles-ci sont néanmoins sérieuses.

Monsieur le rapporteur, vous avez souhaité passer d'une logique de maîtrise des dépenses à une dynamique d'optimisation. Je ne peux qu'approuver votre propos. On parle de maîtrise, de régulation des dépenses - ce sont des termes que j'utilise moi-même - mais le seul terme qui convienne est celui d'optimisation. Il est peut-être un peu compliqué pour le grand public, mais, par l'emploi de ce mot, vous légitimez une démarche de caractère économique dont l'éthique rejoint celle des médecins.

Le médecin a l'obligation d'optimiser les moyens qu'il a à sa disposition pour soigner un malade ; l'économiste a pour devoir d'optimiser les moyens, les ressources qu'il peut allouer pour l'exercice d'une telle activité. Dans le cadre de la médecine, ces deux objectifs sont parfaitement compatibles ; ils se recouvrent.

Vous avez évidemment manifesté un certain nombre de réserves ou d'oppositions à l'égard du texte tel qu'il a été présenté et tel qu'il est ressorti des discussions de l'Assemblée nationale.

Vous estimez que la planification proposée est en fait une recentralisation. J'ai expliqué dans mon intervention initiale qu'il s'agissait, selon moi, d'une déconcentration, assortie d'une décentralisation. Lorsque nous parlons de décentralisation, nous ne voulons d'ailleurs pas dire systématiquement régionalisation. J'ai entendu des propos sur la régionalisation du système de santé - pas ici, mesdames, messieurs, les sénateurs, mais à l'Assemblée nationale et dans d'autres enceintes - qui semblaient signifier que le pouvoir dévolu actuellement à l'Etat pour diriger le système de santé devait passer aux autorités régionales. Dans mon esprit, décentraliser c'est, comme le disait M. Laffitte, appliquer le principe de subsidiarité et, par conséquent, donner à l'échelon local, quand c'est possible, plus d'autonomie et de capacité d'initiatives.

La décentralisation, ce n'est pas simplement un transfert de pouvoir d'une institution à une autre institution : le concept, je crois, est plus riche.

Autonomie, responsabilité, allègement des tutelles, c'est ce que vous souhaitez pour l'hôpital ; c'est ce que le Gouvernement souhaite aussi, de son côté.

Vous estimez que nous ne sommes pas allés assez loin. Vous souhaitez que la tutelle *a priori* soit réduite au seul contrôle financier. Sur le fond, je ne suis pas en désaccord avec vous, mais la question qui se pose est sans doute celle du rythme auquel on peut atteindre ces objectifs.

La procédure budgétaire reste encore trop lourde. J'en conviens mais on ne peut pas, d'un seul coup, effacer le contrôle et les procédures budgétaires dans l'hôpital. Il faut se rappeler que nous venons d'une institution quasiment gérée comme une administration. Il faut gérer de plus en plus l'hôpital avec ce qu'il y a d'utile à prendre dans les entreprises et qui soit transposable.

S'agissant de l'organisation médicale, vous critiquez le projet de loi initial ainsi que le texte tel qu'il ressort des travaux de l'Assemblée nationale pour ce qui concerne le modèle proposé pour les hôpitaux.

Je note néanmoins - c'est un point dont je me félicite et j'y reviendrai tout à l'heure à propos de l'intervention de M. Guy Penne - que vous approuvez l'introduction de la notion d'unité fonctionnelle ; vous la qualifiez d'importante. C'est mon avis également. Voilà donc un point de convergence qui me semble positif.

Quelle réforme ?

Au cœur du dispositif, nous avez-vous dit, il faut prendre en compte le malade, ses droits, son libre choix, son droit à l'information, à des soins de qualité. Vous avez, à cet égard, déposé un amendement qui sera, je crois, le premier à venir en discussion et qui reprend cette idée. Je suis prêt à le considérer favorablement dans la mesure où, sur le fond, le Gouvernement ne saurait être en désaccord avec les suggestions que vous faites. Pour ma part, je présenterai un certain nombre de sous-amendements, que vous examinerez, vous aussi, avec beaucoup d'intérêt, j'en suis sûr.

Je n'évoquerai pas certaines de vos suggestions ; nous les étudierons lors de la discussion des articles.

J'ai noté que vous souhaitiez, comme beaucoup d'autres orateurs d'ailleurs, une clarification des rapports entre le sanitaire et le social. Vous savez que le Gouvernement fait sienné cette analyse. Toutefois, les conséquences de la loi de 1975, qui se fixait comme ambition précisément de mieux clarifier les compétences respectives du sanitaire et du social ont tellement clarifié la situation que cela a dressé quasiment un mur entre les deux. Nous savons que nous devons de plus en plus - je pense notamment au problème de la dépendance des personnes âgées - traiter des situations qui présentent un caractère mixte, à la fois médical et social.

M. le président de la commission des affaires sociales a résumé le projet de loi par l'adjectif « désabusé ». Mais, dans le même temps, il m'a rendu plus optimiste puisqu'il a noté que, si le projet de loi initial était insuffisant, le texte qui résultait des travaux de l'Assemblée nationale comportait quelques améliorations. Je suis donc confiant pour le texte qui résultera des travaux du Sénat. Nous sommes sur une pente ascendante et, au fond, c'est ce qui compte.

Vous nous avez reproché, un peu injustement, monsieur le président Fourcade, de ressusciter la querelle privé-public. L'observateur objectif qui examine la manière dont le problème des relations entre le secteur public et le secteur privé est abordé dans ce projet de loi constate que celui-ci ne contient pas une once d'idéologie, mais plutôt manifeste une volonté d'opérer avec bon sens et logique. Harmoniser, rendre compatible, appliquer des règles communes à un secteur privé mixte et pluraliste, ce n'est pas relancer la querelle privé-public.

Permettez-moi de revenir sur deux observations que vous avez faites et qui me paraissent importantes.

La première concerne l'insuffisance des moyens des services extérieurs de l'Etat. Vous avez soulevé là une véritable question. Je ne prétendrai pas à cette tribune que nous n'avons aucun problème de moyens dans les services extérieurs de l'Etat, en particulier dans ceux qui sont chargés de la politique sanitaire. Le Gouvernement est conscient de ces problèmes.

Dans les amendements qui ont été adoptés par la commission des affaires sociales, vous avez fait un certain nombre de suggestions. En l'état, elles ne pourront sans doute pas recueillir l'accord du Gouvernement, mais elles indiquent des pistes. Je pense, en particulier, à votre proposition relative aux missions régionales d'organisation sanitaire et sociale, qui auraient pour objet de renforcer en moyens, en hommes et en expertises les services extérieurs de l'Etat.

J'en arrive à la deuxième observation sur laquelle je serai très bref. Vous souhaitez aboutir à un financement commun des établissements publics et privés d'hospitalisation. L'une des voies possibles est, selon vous, le financement à la pathologie. Sachez que le Gouvernement est entièrement d'accord sur ce point. Il est clair - aucun orateur n'a adopté une position différente, à l'exception peut-être de M. Souffrin - ...

**M. Paul Souffrin.** Je considère que c'est dangereux.

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** ... que ce type de financement est efficace, juste, équilibré et non inflationniste pour les établissements de soins, qu'ils soient publics ou privés. Dans le projet de loi qui vous est soumis figurent, pour l'hôpital public, à titre expérimental, les coûts par pathologie et le financement à la pathologie. Pour les cliniques privées - certains orateurs ont soulevé cette question - nous avons explicitement introduit, à la suite de l'accord signé entre l'union hospitalière privée et le ministre des affaires sociales, le principe du financement à la pathologie, qui devrait intervenir dès 1991.

Telles sont, monsieur le président de la commission, les remarques que je voulais présenter à la suite de votre intervention. Vous dites être d'accord avec nous sur les objectifs. J'en conviens : nos objectifs sont les mêmes. S'agissant des modalités, vous nous donnez une note inférieure à la moyenne. J'espère que le débat nous donnera l'occasion de dépasser ce stade.

Monsieur Souffrin, vous m'avez donné des sueurs froides ...

**M. Emmanuel Hamel.** Il va vous soigner ! (Sourires.)

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Vous croyez !

**M. Emmanuel Hamel.** C'est un très bon médecin !

**M. Louis Minetti.** Il sait faire !



**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Vous dites que nous avons mis en place un système de planification autoritaire. Je me suis demandé un instant si vous n'entendiez pas aller plus loin car vous êtes, en principe, attaché à cette idée. Un tel reproche, de votre part, m'a laissé vraiment un peu rêveur. Mais je me suis réveillé !

Pourquoi une évaluation, demandez-vous ; c'est une notion essentielle. Par qui sera-t-elle faite et dans quel but ? Il n'y a rien là de compliqué. On évalue pour connaître, savoir et mesurer. Je trouve étonnant que l'on se pose encore la question de savoir s'il faut procéder à des évaluations. La vraie question est plutôt de savoir pourquoi on n'a pas évalué plus tôt tant sur le plan médical que sur le plan économique dans l'hôpital et dans certaines cliniques privées. D'ailleurs, ces dernières procèdent déjà à l'évaluation, notamment par l'intermédiaire de leur comptabilité analytique de gestion.

Selon M. Taittinger, nous aurions raté quelques rendez-vous. Je lui répondrai que nous pourrions le vérifier dans quelque temps.

M. Madelain a estimé que nous n'abordions pas suffisamment, dans ce projet de loi, la question de l'hospitalisation privée à but non lucratif. Si tel était le cas, je m'en voudrais, car c'est un secteur qui a son importance et qui occupe une place éminente dans notre secteur hospitalier. Votre critique est donc sans doute quelque peu injuste, mais nous en reparlerons plus concrètement lors de la discussion des articles.

Comme M. Fourcade, vous avez regretté, monsieur le sénateur, l'absence de toute harmonisation des règles de financement entre secteur public et secteur privé. Là non plus, on ne peut aller aussi loin dans le jugement ! Il y a un début d'harmonisation.

Vous vous êtes enfin inquiété du sort de l'hôpital local, mais j'y reviendrai, car certains orateurs ont centré complètement leur intervention sur ce point.

Monsieur Descours, vous avez été choqué par l'usage de l'article 49-3...

**M. Charles Descours.** C'est exact !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** ... en première lecture à l'Assemblée nationale.

Je rappelle qu'il s'agit d'une disposition constitutionnelle.

**M. Charles Descours.** Que vous avez combattue !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Par ailleurs, j'aurais préféré éviter d'employer une telle procédure, mais, vous l'avez sans doute observé, si la qualité du débat a été excellente - comme c'est le cas pour celui qui s'engage devant la Haute Assemblée - si les échanges ont été enrichissants lors de la discussion des articles, si une majorité d'idées - j'en ai la conviction - s'est dessinée au cours de l'examen de ce texte, cette majorité n'a pu, pour des raisons qui n'avaient rien à voir avec le projet lui-même, se dégager au moment du vote.

**M. Guy Penne.** Très juste !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Par conséquent, il a été nécessaire d'utiliser cette disposition de la Constitution de la V<sup>e</sup> République, qui permet, lorsque le débat politique sort du réel pour devenir un peu artificiel, de le ramener au réel et de constater l'existence effective d'une majorité à l'Assemblée nationale.

**M. Paul Souffrin.** Dans la rue !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Monsieur Descours, vous avez approuvé vous aussi la notion d'unité fonctionnelle. Il y a là un consensus qui apparaît plus fortement au Sénat qu'à l'Assemblée nationale, et je m'en félicite. La prise en compte explicite dans le projet de loi du concept d'unité fonctionnelle, tant du point de vue de l'organisation proprement dite de l'hôpital que du point de vue des praticiens hospitaliers qui exercent dans l'hôpital, constitue véritablement un progrès. Je me réjouis qu'il recueille un large accord dans votre Haute Assemblée.

**M. Guy Penne.** Très bien !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Le contrôle *a posteriori* est préférable au contrôle *a priori*. Or il faut observer qu'il a été considérablement étendu. Il fait l'objet du chapitre relatif à l'accroissement de l'autonomie, qui a été nourri par des propositions réelles et concrètes.

Le contrôle *a priori*, je l'ai dit dans mon intervention liminaire, est réduit à quelques points importants, notamment en ce qui concerne les aspects financiers - budget, projet d'établissement, investissements - qui engagent, ne l'oublions jamais, les finances publiques. Le financement de l'hôpital repose, en effet, sur l'assurance maladie. Il y a donc une logique dans le maintien du contrôle *a priori*, sauf à développer suffisamment l'évaluation afin de juger sur pièces de la qualité de l'utilisation des ressources de l'assurance maladie par les établissements hospitaliers. Tant que nous ne disposerons pas de ces documents de comptabilité et d'évaluation médicale, nous ne pourrions pas nous passer de contrôle *a priori* sur les budgets.

Enfin, vous avez également approuvé, monsieur le sénateur, l'évaluation et la tarification à la pathologie. Je me réjouis que ce point recueille, lui aussi, un large accord. Le Gouvernement, en ce qui le concerne, prendra des dispositions, dans les semaines ou les mois à venir, pour accélérer la généralisation des techniques d'évaluation médicale et économique à l'hôpital. Il le fera dans le respect des recommandations formulées tout à l'heure par M. le rapporteur, c'est-à-dire qu'il veillera à ne pas provoquer, par une certaine précipitation, un rejet des techniques d'évaluation médicale.

On peut peut-être aller plus vite pour l'évaluation de caractère médico-économique. En tout cas, il faut avancer, car c'est une condition du progrès pour les hôpitaux.

M. Collard a longuement évoqué l'organisation des soins apportés aux personnes âgées, le problème de la dépendance ainsi que celui du cloisonnement entre le sanitaire et le social. Je n'y reviens pas : nous sommes tous d'accord sur le diagnostic, ainsi que sur la nécessité d'adapter la loi de 1975.

Vous êtes opposé, monsieur le sénateur, aux autorisations à durée déterminée. Pour ma part, je suis absolument pour, dans la mesure où il s'agit simplement de l'application à l'hôpital public de l'idée que, dans un marché concurrentiel, les autorisations doivent avoir une durée tout à fait déterminée. C'est en effet la sanction du marché qui fixe la durée des équipements. On ne peut laisser fonctionner des équipements hospitaliers sans que, périodiquement, on se demande s'ils sont adaptés, s'ils répondent aux besoins des malades et s'ils apportent les garanties de sécurité nécessaires.

Comme pour l'évaluation, la vraie question que l'on peut se poser est de savoir pourquoi on a attendu si longtemps pour introduire l'autorisation à durée déterminée.

Bien entendu, il ne faut pas que cette autorisation introduise la précarité. Le texte qui vous est proposé règle ce problème en maintenant une durée d'autorisation minimale égale à la durée d'amortissement des biens correspondants. De plus, la procédure a été calquée sur celle qui est applicable pour le conventionnement des établissements privés. Il s'agit donc d'une sorte de tacite reconduction. Nous avons ainsi toutes les garanties pour éviter une précarité qui « casserait » l'investissement et la modernisation des équipements hospitaliers.

Cette règle s'applique normalement au secteur privé et au secteur public dans les mêmes conditions : c'est l'harmonisation.

M. Guy Penne a insisté sur les services de soins infirmiers, et je l'en remercie.

A l'origine, le projet du Gouvernement ne comportait pas de disposition particulière à cet égard. Après en avoir discuté avec mon ancien collègue M. Claude Evin, nous sommes convenus qu'il était nécessaire de prendre explicitement en compte l'identité, la mission et le rôle des infirmières dans l'hôpital. Tel était bien, au demeurant, le sens de votre intervention, monsieur le sénateur.

Nous devons veiller à ce que le personnel soignant et aide-soignant soit reconnu dans l'hôpital en tant que partenaire à part entière, participant au choix, à l'animation et à la direction de l'hôpital.

**M. Paul Souffrin.** C'est nécessaire !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Par conséquent, il fallait effectivement mettre en place un service de soins infirmiers.

Vous nous demandez de faire du responsable de ce service de soins infirmiers un membre à part entière de la direction de l'établissement et vous souhaitez, à travers certains des amendements que vous avez déposés, qu'il soit membre du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement.

L'idée est bonne, son inspiration est juste, elle va bien dans le sens que nous recherchons. Néanmoins, il en résulterait quelques difficultés, sur lesquelles je vous propose de revenir lors de la discussion des articles.

Vous avez insisté - je crois que vous avez été le seul, monsieur le sénateur - sur un point essentiel : l'accueil et la qualité de la vie du malade à l'hôpital. Il s'agit d'un problème important, car, dès son arrivée à l'hôpital, le malade a une certaine idée des soins qui lui seront ensuite dispensés. Nous devons donc effectivement mieux prendre en compte l'accueil et la qualité de la vie du malade à l'hôpital.

Vous avez aussi insisté sur le caractère obligatoire des contrats qui lient les hôpitaux, l'assurance maladie et l'Etat. Sur ce point, l'Assemblée nationale a adopté un amendement, que vous soutenez. Il vise les contrats qui, en fait, entérinent les projets d'établissement prévus par le projet de loi.

Là aussi, l'idée est bonne, mais je vous propose, une fois encore, d'en débattre plus longuement lors de la discussion des articles. Je me demande, en effet, si le caractère obligatoire des contrats - qui, si je vous ai bien compris, aura pour effet, selon vous, d'accroître les moyens de maîtriser les dépenses - ne risque pas d'avoir l'effet inverse, pour des raisons sur lesquelles nous pourrions confronter ultérieurement nos points de vue.

En tout cas, ces contrats sont nécessaires, ne serait-ce que pour la reconnaissance du rôle de l'assurance maladie dans la politique hospitalière. Sur ce point, je partage l'orientation que vous proposez, monsieur le sénateur : ce rôle doit être accru.

J'accepte aussi la reconnaissance des centres anti-poisons dans la loi. Vous l'avez dit à juste titre, ces centres relèvent actuellement de circulaires. Ils doivent être mentionnés dans la loi, et je puis d'ores et déjà vous donner un accord sans réserve sur ce point.

Vous avez également appuyé la notion d'unité fonctionnelle. Encore une fois, je le répète, c'est une idée moderne, une idée nécessaire.

Comme vous, j'ai remarqué, au cours des discussions que j'ai eues lors de l'élaboration de ce projet de loi, qu'il pouvait exister, ici ou là, un certain conservatisme s'agissant de l'organisation médicale. Je crois que la sagesse consiste - et je sais que vous en êtes d'accord - à considérer qu'un modèle peut être proposé à l'hôpital ; si les hôpitaux n'entrent pas, pour une raison ou pour une autre, dans ce modèle, ils peuvent en adopter un autre, sous leur responsabilité entière, c'est-à-dire sous une responsabilité qui va jusqu'au choix des cadres, y compris médicaux, de l'hôpital.

En tout cas, je souhaite que, dans le domaine de l'organisation médicale, nous sortions de ce conservatisme et que nous envisagions les problèmes sous un angle concret et empirique.

Quelle présidence pour le comité technique d'établissement ? L'Assemblée nationale a souhaité - avec quelques bonnes raisons, d'ailleurs - que les maires président ces comités. Comme je l'ai fait remarquer, si nous nous orientons dans ce sens, des problèmes de disponibilité pourront parfois se poser pour les maires concernés. Cependant, nous reviendrons sur ce point lors de l'examen des articles.

Enfin, monsieur le sénateur, vous avez évoqué le problème des personnels hospitaliers. Vous avez indiqué, à juste titre, que les moyens ne suffisent pas quand les structures « craquent ».

Nous devons être conscients - cela a été particulièrement patent avec le mouvement des infirmières, qui remonte maintenant à plus de deux ans - que tout n'est pas seulement une question de moyens supplémentaires : beaucoup tient à l'aménagement des structures, à l'aménagement des relations sociales au sein de l'hôpital, à la capacité de dialogue, aux conditions de travail et aux horaires de travail. Nous devons prendre en considération tous ces éléments qualitatifs, car les solutions ne résident pas seulement dans l'accroissement quantitatif des moyens.

Monsieur Delaneau, votre exposé était principalement centré sur l'hôpital local.

**M. Jean Delaneau.** Plus précisément sur le centre hospitalier général !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Vous avez émis des inquiétudes sur l'avenir non seulement de l'hôpital général, mais aussi de l'hôpital local !

Nous écartant un peu de l'avis du Conseil économique et social, nous n'avons pas souhaité introduire de distinction, hormis celles qui sont prévues par l'ordonnance de 1958, entre l'hôpital régional - et universitaire le cas échéant - et l'hôpital général. Du point de vue des soins, le centre hospitalier régional et universitaire est comme un hôpital général : nous avons tenu à ce que le réseau hospitalier ne soit pas constitué par une succession d'établissements cloisonnés entre eux.

La loi, vous le savez, oblige l'hôpital local à passer une convention, pour les activités de médecine auxquelles il a le droit de se livrer, avec les hôpitaux généraux. Cela répond à un souci de cohérence. C'est en même temps une condition de sécurité pour les hôpitaux locaux, car ceux-ci n'ont pas de plateau technique suffisant. Il convient, par conséquent, de prendre des dispositions qui leur assurent la qualité et la sécurité des soins.

Enfin, la manière dont nous traitons l'hôpital local assure sa pérennité. C'est, rappelons-le, dans les hôpitaux locaux que l'on trouve la proportion la plus importante de lits vacants. Inviter l'hôpital local à passer une convention avec un hôpital général ou régional, c'est lui donner les moyens de mieux affirmer sa vocation et sa place dans le réseau sanitaire. C'est, par conséquent, à terme, un moyen de protéger sa pérennité.

**M. Paul Souffrin.** Alors, il ne faut pas les fermer !

**M. Jean Delaneau.** Monsieur le ministre, me permettez-vous de vous interrompre ?

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Je vous en prie, monsieur Delaneau.

**M. le président.** La parole est à M. Delaneau, avec l'autorisation de M. le ministre.

**M. Jean Delaneau.** Monsieur le ministre, je crains qu'il n'y ait un malentendu entre nous.

J'ai sous les yeux le texte de mon intervention : j'ai consacré quatre lignes, sur dix pages, aux hôpitaux locaux.

Dans votre réponse, vous venez de dire curieusement, à l'instant, que ces hôpitaux locaux devraient passer des conventions avec les hôpitaux généraux ou les centres hospitaliers. Or, c'est précisément des hôpitaux généraux que j'ai parlé, hôpitaux qui n'existent plus dans votre projet de loi !

Il me semble que quelque chose ne va pas dans notre dialogue !

**M. Emmanuel Hamel.** M. le ministre ne vous a pas écouté quand vous parliez !

**M. Jean Delaneau.** Mais d'autres personnes écoutaient pour lui !

**M. le président.** Veuillez poursuivre, monsieur le ministre.

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Monsieur Delaneau, je vous ai écouté attentivement et j'ai pris des notes abondantes. Je suis prêt à les montrer à M. Hamel, si cela peut l'apaiser !

**M. Emmanuel Hamel.** Je n'ai pas besoin d'être apaisé !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Monsieur Delaneau, l'hôpital général existe, ce qui fait que je ne comprends pas bien le sens de votre interrogation. Il y a l'hôpital local - la loi le prévoit explicitement - l'hôpital général et, enfin, le centre hospitalier régional, universitaire lorsqu'un accord a été passé avec une faculté ou une école de médecine.

Si vous vous reportez au texte du projet, vous constaterez que l'hôpital général y est expressément mentionné comme centre hospitalier.

Monsieur Chérioux, je ne vous ai pas convaincu ?

**M. Jean Chérioux.** Non !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** C'est bien ce qu'il me semblait. Peut-être ma réponse vous convaincra-t-elle davantage.

Vous vous inquiétez de voir inscrire, dans le projet de loi hospitalier, notre idéologie.

**M. Jean Chérioux.** Oui ! J'y retrouve les vieux démons que j'ai connus en 1981.

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Mais êtes-vous sûr, monsieur le sénateur, de vous être débarrassé de vos propres vieux démons ? Nous en avons tous !

**M. Paul Souffrin.** C'est le démon en personne !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Dans la discussion de ce projet de loi, si je devais chercher des relents idéologiques, je le ferais plutôt du côté d'une défense, d'ailleurs fort sympathique, d'un secteur privé que l'on dit ou prétend menacé, plutôt que du côté d'une idéologie qui tendrait à mettre l'hôpital, le secteur privé et la médecine de ville sous la coupe de l'Etat ou de je ne sais quelle bureaucratie.

Par conséquent, du point de vue de l'idéologie, pour ce qui me concerne, j'ai la conscience tranquille ; je pense qu'il doit en être de même pour vous, monsieur Chérioux.

Vous êtes contre la dotation globale ; moi je suis pour !

**M. Charles Descours.** Pas dans sa forme actuelle, monsieur le ministre !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Je suis pour la dotation globale, car j'ai connu, dans les années soixante-dix, donc avant la dotation globale, un hôpital dont la dépense augmentait, bon an mal an, de 25 p. 100 à 30 p. 100. Or, grâce au taux directeur et à la dotation globale, qui sont d'ailleurs les deux seules réformes de structure qui ont été introduites pour maîtriser les dépenses depuis quinze ans, il s'est produit, en effet, une inflexion de la dépense hospitalière.

Certains orateurs, notamment M. Oudin, ont fait observer que l'hôpital, au cours des années quatre-vingt, avait contribué plus qu'aucun autre secteur du système de soins à la modération des dépenses de santé. Cela, nous le devons à la dotation globale.

Ne me demandez pas de faire le panégyrique de la dotation globale ; j'en connais les limites, les inconvénients, la référence historique, l'homogénéité excessive, bien qu'un certain nombre d'améliorations aient été apportées, notamment la possibilité de moduler le taux directeur à l'échelon départemental et à l'échelon régional. Ces efforts tendaient à réduire la rigidité et l'uniformité de la dotation globale.

Je suis donc prêt à envisager une amélioration de la dotation globale, à examiner ses perspectives d'avenir au cas où l'on s'orienterait vraiment vers un financement à la pathologie, mais je ne suis pas prêt à en abandonner le principe, non plus que celui du taux directeur.

Quant à l'évolution des dépenses, elle me préoccupe tout autant que vous. Il faut faire des choix, dites-vous. J'en suis convaincu. Vous connaissez les nôtres ; j'attends de connaître les vôtres plus en détail.

**M. Jean Chérioux.** Nous les verrons lors de l'examen des articles.

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Monsieur Laffitte, je vous ai écouté très attentivement - je le précise à l'attention de M. Hamel, qui a dû quitter l'hémicycle quelques instants !

**M. Guy Penne.** Non, il est en train de bavarder avec un collègue. *(Rires.)*

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Veuillez m'excuser, monsieur Hamel, vous étiez effectivement en train de bavarder et c'est pourquoi je ne vous avais pas vu. *(Sourires sur les travées socialistes.)*

Monsieur Laffitte, j'ai écouté très attentivement ce que vous avez dit de la planification. Cela m'a rappelé, pas trop imparfaitement, je l'espère, les cours de mon ancien maître, Maurice Allais.

**M. Pierre Laffitte.** Ce fut aussi le mien !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Il n'a jamais défendu la planification dans le cadre normal de l'économie de marchés. En revanche, il défendait l'idée de la planification lorsque les conditions des marchés n'étaient pas réunies, lorsqu'il n'y avait pas de concurrence.

Or, avec le système de soins, nous sommes, par nature, dans une économie qui ne fonctionne pas - cela se constate - et qui ne doit pas fonctionner selon la logique du marché...

**M. Paul Souffrin.** Heureusement !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** ... - je vois que M. Souffrin approuve - parce qu'il s'agit d'un choix moral, d'un choix social de notre société : nous voulons couvrir largement, grâce à un système général d'assurance maladie, le risque maladie.

La planification se justifie donc parce que nous ne sommes pas dans une économie de marché ordinaire, mais aussi en ce qu'elle permet de maîtriser les dépenses de santé. Imaginez un seul instant ce que seraient notre système hospitalier et notre système de soins en général s'il n'y avait pas de planification !

Elle est, en outre, un outil de répartition pas trop inégalitaire - j'ai bien entendu les propos que tenait tout à l'heure M. Oudin - des moyens entre les régions. N'oublions pas que la planification facilite la péréquation.

Enfin, si nous avons mis au point un dispositif de planification peut-être trop ambitieux - en tout cas, il faut le tenter - du moins avons-nous également prévu un accroissement de l'autonomie des établissements. Nous avons, par conséquent, agi par les deux bouts : du point de vue de la santé publique, nous avons voulu à la fois conserver un système de planification qui garantisse la meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins des malades et de la population et accroître autant que possible la responsabilité des acteurs sur le terrain.

Quant à la question de la gratuité, monsieur le sénateur, nous y reviendrons lors de la discussion des articles, car il s'agit effectivement d'une question très importante.

Monsieur Roujas, votre rappel historique m'a rappelé les fresques que M. Sérusclat dresse parfois devant cette assemblée. J'ai bien entendu, à la fin de votre intervention, que c'était l'œuvre de sa plume.

Je vous remercie d'avoir soutenu le concept d'unité fonctionnelle. Je suis convaincu - je le répète - que c'est là une occasion de faire progresser l'organisation médicale.

Vous avez, vous aussi, critiqué la dotation globale, mais vous n'en avez pas rejeté le principe. Nous sommes d'accord. Les critiques que vous avez faites sont justifiées : la dotation globale peut nuire au dynamisme de l'établissement si elle est trop rigide, si elle ne peut pas s'adapter à ses besoins et à son activité.

Cependant, je l'ai dit, la souplesse résultant des marges de manœuvre régionale et départementale permet de corriger...

**M. Charles Descours.** Non !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** ... partiellement, monsieur le sénateur, ces inconvénients.

**M. Charles Descours.** Très partiellement !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** L'intéressement, vous l'avez souligné, est une originalité profonde de ce texte de loi qui a été peu mise en évidence. Le principe de l'intéressement est explicitement introduit et c'est incontestablement un progrès. Je me réjouis que vous l'appréciez.

Monsieur Minetti, en vous écoutant, je me suis demandé si le projet de loi que nous vous présentions n'était pas une reproduction, dans son genre, du roman de Stevenson : *le Cas étrange du docteur Jekyll et de Mister Hyde*. Jekyll représente-t-il la politique libérale et Hyde la politique contraignante ? Vous nous reprochez d'être à la fois libéral et contraignant. C'est Jekyll et Hyde.

**M. Emmanuel Hamel.** Cherchez plutôt des citations dans la littérature française ! *(Rires.)*

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Monsieur Hamel, je connais vos convictions européennes, Stevenson est un Anglais !

**M. Emmanuel Hamel.** Je sais, mais ici, nous sommes au Parlement français !

**M. le président.** Je vous en prie !

**M. Guy Penne.** Il faut citer La Fontaine. Il a certainement dit quelque chose sur le sujet !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Monsieur Minetti, vous craignez qu'on ne livre l'hôpital public aux appétits du privé. Mais, tout à l'heure, M. Chérioux pensait que nous étions en train d'étrangler les cliniques privées pour satisfaire l'appétit du public. La juxtaposition de ces deux points de vue donne à penser que nous avons sans doute présenté les choses de manière raisonnable et conforme au bon sens.

M. Gouteyron m'a demandé de faire preuve d'esprit d'ouverture durant la discussion de ce texte. Il imagine bien que je le fais sans effort.

Il m'a interrogé longuement sur le F.S.O., le forfait de salle d'opération. Il s'agit d'une question pertinente, mais très technique. S'il le veut bien, je lui répondrai donc par écrit.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt.** *To be or not to be!* (Soupires.)

**M. Louis Minetti.** Comme on dit en français !

**M. Guy Penne.** On n'est pas anglais !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** M. Belcour s'est interrogé sur l'évaluation et sur les moyens de l'évaluation. L'évaluation, il la faut ; les moyens de l'évaluation, nous devons les trouver : il s'agit de moyens informatiques, de moyens en formation, de moyens en hommes. C'est une priorité ! Nous nous donnerons les moyens d'accélérer la mise en place des dispositifs d'évaluation médicale et économique dans les hôpitaux.

M. Husson a traité longuement des hôpitaux locaux. Je lui ai répondu en même temps que j'ai répondu à M. Delaneau.

**M. Jean Delaneau.** C'est à lui que vous répondiez, pas à moi !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Veuillez m'excuser de cette confusion.

M. Oudin a fait une analyse du contexte économique et financier extrêmement pertinente. Il a fait une description ciselée de l'évolution du volume des dépenses. Cependant, je ne partage pas tout à fait sa conclusion selon laquelle la seule explication de l'inflation des dépenses serait le dynamisme de la demande. C'est presque un truisme : si l'accroissement de la dépense est fort, on peut supposer que la demande est dynamique. Je souhaiterais en discuter plus longuement avec lui.

La seule explication me semble tenir au fait que, précisément, nous n'avons pas de force de rappel, de mécanisme de régulation de notre système de soins. Cela explique - il a bien fait de le souligner - que la France soit le seul pays où l'évolution de la dépense s'accroît de manière parfois anarchique.

Il a cité des pays étrangers où la dépense était évaluée de manière compatible avec la recette. Cela me permet de vous redire, mesdames, messieurs les sénateurs, que la politique que le Gouvernement met en œuvre pour maîtriser les dépenses de santé comporte des solutions. Ces solutions ont été trouvées dans certains pays. Nous avons à nous en inspirer plutôt qu'à les transposer, puisque nous avons nos propres particularités, nos propres traditions.

M. Oudin a évoqué, ensuite, les inégalités résultant de la planification.

**M. Charles Descours.** Et du budget global !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Il parle d'or. Pour être un élu du Nord, je sais ce qu'est la dépense hospitalière et ce que sont les moyens consacrés à la dépense de santé dans mon département ; je sais aussi ce que sont les moyens qui lui sont consacrés dans le Midi. Quant à M. Oudin, il a évoqué deux départements de Vendée. Obtenir une répartition équitable des moyens de l'hospitalisation est un véritable problème.

La dotation globale - on l'a bien vu - présente des inconvénients ; elle peut, dans certains cas, accroître les inégalités dans la mesure où elle favorise, notamment, des hôpitaux dont l'activité peut décroître, alors qu'elle resserre considérablement les moyens de ceux qui devraient se développer. C'est un vrai problème.

M. Oudin m'a posé la question de savoir si l'Etat disposait des moyens de cette loi hospitalière. Il devra s'en doter.

Je terminerai en répondant à M. Souvet, qui a cité le cas d'un hôpital dont le taux directeur était limité à 2,5 p. 100 et qui a dit qu'une telle situation n'était pas possible, ce taux étant inférieur à l'inflation. Je vous répondrai, monsieur le sénateur, que 2,5 p. 100, cela peut être beaucoup ou trop peu. En effet, si l'activité de cet hôpital diminue, 2,5 p. 100, c'est sans doute généreux ; en revanche, si elle augmente, ce n'est pas assez.

Cela dit, on ne peut pas réclamer, pour tous les hôpitaux de France et de Navarre, le même taux directeur !

**M. Charles Descours.** C'est la condamnation de la dotation globale !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** C'est, en effet, un inconvénient de la dotation globale, dont je vous redis, monsieur le sénateur, qu'elle est corrigée par le jeu des marges régionale et départementale.

**M. Charles Descours.** Elle est de 75 p. 100 !

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Mesdames, messieurs les sénateurs, j'ai essayé de répondre à chacune des interventions, sans abuser de votre temps...

**M. Jean Delaneau.** Monsieur le ministre, me permettez-vous de vous interrompre ?

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Volontiers.

**M. le président.** La parole est à M. Delaneau, avec l'autorisation de M. le ministre.

**M. Jean Delaneau.** Je voudrais simplement que M. le ministre me donne acte du fait qu'il n'existe plus, dans son dispositif, d'hôpitaux généraux. Je lis, en effet, ce qu'il a, sinon écrit, du moins signé : « Les établissements publics de santé sont les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux. »

Monsieur le ministre, vous venez de nous dire qu'il y avait encore des hôpitaux généraux : je ne comprends plus !

**M. le président.** Veuillez poursuivre, monsieur le ministre.

**M. Bruno Durieux, ministre délégué.** Je voulais simplement vous dire, mesdames et messieurs les sénateurs, qu'après avoir apporté ces réponses je comptais, bien entendu, sur la discussion des amendements pour approfondir un certain nombre de sujets que nous n'avons fait qu'effleurer.

J'ai examiné les amendements présentés par votre commission, dont beaucoup sont substantiels, ainsi que ceux qui ont été déposés par d'autres groupes de votre assemblée. Je crois qu'il faut - en ce qui me concerne, j'y suis déterminé - aborder la discussion de ce projet de loi dans un esprit d'ouverture et considérer que nous avons à faire ici, tous ensemble, un texte qui donne toutes ses chances à l'hôpital.

Aujourd'hui, l'hôpital en France est à la croisée des chemins. Nous devons lui donner sa chance, dans cet esprit d'ouverture que je préconisais, en ayant pour seul souci et seul objectif le malade, la qualité des soins et l'égal accès de tous aux soins. (*Applaudissements sur les travées socialistes.*)

**M. Claude Huriet, rapporteur.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Claude Huriet, rapporteur.** Il est bien tard, mais je voudrais, monsieur le ministre, vous donner acte de vos propos, plus précisément des conclusions auxquelles vous avez abouti. En effet, à vous écouter, j'ai acquis la conviction que vous étiez d'accord sur les objectifs et sur les principes, mais aussi qu'il n'y avait ni contradiction ni incompatibilité entre les intentions déclarées du Gouvernement et les propositions de la commission des affaires sociales.

Si nous en restions là, monsieur le ministre, tous les espoirs seraient permis et nous serions pratiquement certains de pouvoir parvenir à un accord sur l'ensemble des amendements déposés par la commission des affaires sociales.

Hélas ! quelle que soit l'heure, je ne pense pas qu'il soit possible de rêver. En effet, nous avons bien senti, dans votre propos liminaire et dans vos réponses, quelques différences de perception - il ne s'agit pas seulement de nuances - sur la situation actuelle et la juste portée du texte du Gouvernement. Par exemple, s'agissant de la mise en œuvre d'un contrôle *a posteriori*, aucun accord n'est possible sur le texte initial du Gouvernement ; la suite du débat pourra le confirmer.

Et puis, nous voulons aller plus loin, si ce n'est plus vite, que le Gouvernement. En effet, la commission propose d'établir un calendrier qui, s'il est observé, permettra d'assimiler un certain nombre de notions qui nous paraissent fondamentales ; je pense, en particulier, à l'évaluation.

Nous voulons aussi aller plus loin que le Gouvernement en matière de planification. Nous souhaitons la rendre encore plus intelligente que celle qu'il a voulue. Nous la voulons plus concertée, ascendante, ce qui, par là même, lui donnera davantage de chance d'être acceptée.

Nous sommes également favorables à une plus grande autonomie, grâce à la mise en œuvre de dispositions plus incitatives et à l'instauration effective de mesures d'intéressement.

Nous désirons encore affirmer plus fortement que ne le fait le Gouvernement dans son texte l'unicité et le pluralisme du système hospitalier.

Finalement, monsieur le ministre, s'il semble que nous ayons les mêmes objectifs, plusieurs façons de les atteindre s'offrent à nous. Si nous constatons, au cours des débats, que le Gouvernement souhaite freiner la démarche de la commission des affaires sociales telle qu'elle la propose au Sénat, ou bien lui suggère une sorte de marche arrière ou encore un changement de cap, nous l'interpréterions comme un désaccord entre vos déclarations d'intention, dont nous prenons acte ce soir, et votre volonté effective d'aboutir, grâce au travail du Sénat, à une loi hospitalière qui corresponde non seulement aux attentes actuelles, mais aussi aux enjeux considérables que comporte l'avenir du système hospitalier français. (*Applaudissements sur les travées de l'union centriste, de l'U.R.E.I. et du R.P.R.*)

**M. le président.** Personne ne demande plus la parole dans la discussion générale ?...

La discussion générale est close.

4

### DÉPÔT DE QUESTIONS ORALES AVEC DÉBAT

**M. le président.** J'informe le Sénat que j'ai été saisi de la question orale avec débat suivante :

Mme Hélène Luc tient à attirer une nouvelle fois l'attention de M. le ministre de l'équipement, du logement, des transports et de l'espace sur l'exigence de qualité à laquelle doit satisfaire le service public de transport aérien, afin que ce dernier soit accessible à tous, assure la sécurité absolue des usagers et des riverains des aéroports, et soit respectueux de l'environnement et du cadre de vie.

Plusieurs événements traduisent la dégradation accélérée des conditions du transport aérien dans notre pays, comme l'attestent, par exemple, la suppression de nombreuses lignes depuis octobre 1990, la collision évitée d'extrême justesse, le 19 avril dernier, dans le ciel d'Orly, ou l'incident ayant entraîné une immobilisation de 1 700 passagers, le 17 mai. Outre ces risques mettant en cause la sécurité et la régularité, des modifications du cadre juridique, envisagées à travers un projet de loi qui limiterait les recours possibles des citoyens et la révision du plan d'exposition au bruit, apparaissent en totale contradiction avec le respect des conditions de vie et de tranquillité des riverains de l'aéroport d'Orly. L'activité du transport aérien est particulièrement affaiblie par les effets conjoints de la déréglementation, des politiques d'austérité budgétaire et de restructuration des compagnies aériennes dans le groupe Air France. A cet égard, le refus d'accorder aux salariés de ce secteur les conditions d'effectifs, de travail et de reconnaissance des qualifications qu'ils revendiquent avec raison prive le service à rendre de l'efficacité maximale dont il devrait pourtant être porteur.

Mme Hélène Luc est persuadée que le développement indispensable du potentiel du transport aérien de notre pays passe par le respect exigeant des droits solidaires des usagers, des salariés et des riverains.

Elle demande donc à M. le ministre de l'équipement, du logement, des transports et de l'espace d'engager de toute urgence, et dans la concertation, la politique répondant à cet objectif, dont les retombées industrielles, économiques et humaines sont évidentes.

Elle lui demande, notamment, de lui faire connaître ses intentions :

- quant à l'ouverture immédiate de négociations pour répondre à l'ensemble des revendications des personnels du transport aérien ;

- quant à la fourniture d'informations précises sur les causes des incidents évoqués ci-dessus et, plus généralement, la nécessaire transparence qui doit prévaloir en pareil cas ; \*

- quant aux dispositions à prendre pour réduire les nuisances phoniques et assurer une plus grande protection de l'environnement, en particulier par la consolidation du couvre-feu de l'aéroport d'Orly et par les possibilités ouvertes

par les progrès techniques réduisant le niveau sonore des avions, et cela en engageant une concertation poussée avec les associations de riverains et leurs élus ;

- quant au type de devenir et de développement du service public de transport aérien qu'il envisage de mettre en œuvre, notamment en s'appuyant pleinement sur le potentiel du groupe national de navigation aérienne. (N° 15.)

Conformément aux articles 79 et 80 du règlement, cette question orale avec débat a été communiquée au Gouvernement et la fixation de la date de la discussion aura lieu ultérieurement.

D'autre part, j'informe le Sénat que j'ai été saisi des questions orales avec débat suivantes :

I. - M. Hubert Durand-Chastel attire l'attention de Mme le Premier ministre sur la désagrégation morale de la France, de son enseignement et de sa justice.

Dans notre monde en mutation, des événements positifs interviennent, comme, sur le plan international, l'effondrement subit des régimes totalitaires de l'Europe de l'Est, mais aussi des phénomènes plus inquiétants, comme la crise profonde qui touche actuellement la société française et se manifeste par des désordres récents. En particulier, les problèmes des banlieues, les problèmes de la justice, l'influence souvent néfaste de la télévision créent dans notre pays un climat délétère, qui requiert, de la part du pouvoir, un effort considérable dans plusieurs domaines essentiels à la bonne administration. Peuvent être cités l'enseignement et l'éducation de notre jeunesse et, aussi, la réhabilitation de deux principes fondamentaux de tout gouvernement démocratique : la morale et la justice. Une illustration de l'abandon de ces principes se trouve dans le cas Boudarel.

M. Hubert Durand-Chastel demande à Mme le Premier ministre si elle entend, dans les orientations de la politique générale du Gouvernement, réhabiliter morale et justice en France. (N° 16.)

II. - M. Ernest Cartigny demande à Mme le Premier ministre quelle initiative elle compte prendre, d'une part, pour mener une politique alternative afin de poursuivre la lutte contre l'inflation, mais avec des résultats meilleurs dans le domaine de l'emploi, et, d'autre part, pour remédier à la faiblesse de notre industrie et à la dégradation du commerce extérieur.

Il lui demande également quel effort sera accompli par le Gouvernement pour réduire la charge du remboursement de la dette publique, rétablir les moyens des entreprises et resserrer les dépenses de l'Etat. (N° 17.)

III. - M. Claude Estier interroge Mme le Premier ministre sur les mesures qu'elle compte prendre pour améliorer la cohésion sociale dans notre pays, pour assurer la pérennité de la protection sociale, à laquelle les Français sont attachés, pour mettre en œuvre la conception qu'elle a exprimée d'une nouvelle formation professionnelle, pour développer une nouvelle dynamique industrielle, en particulier dans le secteur public, enfin, et d'une façon générale, pour préparer la France à aborder dans les meilleures conditions l'échéance européenne de 1993. (N° 18.)

IV. - M. Daniel Hoeffel, au vu des déclarations qu'elle a faites à l'Assemblée nationale, demande à Mme le Premier ministre de bien vouloir exposer au Sénat la politique qu'elle entend conduire pour lutter contre le chômage, notamment dans le domaine de l'éducation et de la formation, qui nécessite, plus que jamais, une décentralisation volontaire et ambitieuse, un rapprochement avec nos partenaires européens et une politique économique mieux intégrée dans un véritable projet européen, seul garant de la croissance et de l'amélioration des conditions de vie des Français. (N° 19.)

V. - Suite aux premières déclarations d'intention de Mme le Premier ministre, sur sa volonté de donner un nouvel élan à la France, de « muscler l'économie française », Mme Hélène Luc lui demande quelles actions d'ampleur vont être rapidement engagées pour réduire le chômage, relancer la production industrielle, garantir et améliorer les droits sociaux, pour lutter contre l'échec scolaire en améliorant la formation du plus grand nombre et pour investir dans ces autres choix les sommes immenses engagées dans le surarmement. (N° 20.)

VI. - M. Marcel Lucotte demande à Mme le Premier ministre de lui indiquer le programme d'actions du Gouvernement dans les secteurs économiques et sociaux en crise. (N° 21.)

VII. - M. Charles Pasqua attire l'attention de Mme le Premier ministre sur la dégradation des conditions de vie dans nos banlieues, dont les derniers événements de Mantes-la-Jolie ne constituent que l'un des dramatiques exemples.

Il lui demande de bien vouloir lui préciser les mesures qu'elle envisage de prendre pour assurer une meilleure protection des biens et des personnes, pour endiguer l'immigration clandestine et promouvoir une politique de nature à redonner espoir à la jeunesse. (N° 22.)

Conformément aux articles 79 et 80 du règlement, ces questions orales avec débat ont été communiquées au Gouvernement.

En application d'une décision de la conférence des présidents, ces questions orales avec débat sont jointes et figurent à l'ordre du jour de la séance du mercredi 5 juin 1991.

5

### TRANSMISSION DE PROJETS DE LOI

**M. le président.** J'ai reçu, transmis par Mme le Premier ministre, un projet de loi d'orientation pour la ville, adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence.

Le projet de loi sera imprimé sous le numéro 350, distribué et, s'il n'y a pas d'opposition, renvoyé à la commission des affaires économiques et du Plan, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement. (*Assentiment.*)

J'ai reçu, transmis par Mme le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation d'un accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République fédérative tchèque et slovaque sur l'encouragement et la protection réciproques des investissements.

Le projet de loi sera imprimé sous le numéro 351, distribué et, s'il n'y a pas d'opposition, renvoyé à la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement. (*Assentiment.*)

J'ai reçu, transmis par Mme le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de la convention d'application de l'accord de Schengen du 14 juin 1985 entre les gouvernements des Etats de l'Union économique Benelux, de la République fédérale d'Allemagne et de la République française relatif à la suppression graduelle des contrôles aux frontières communes.

Le projet de loi sera imprimé sous le numéro 354, distribué et, s'il n'y a pas d'opposition, renvoyé à la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement. (*Assentiment.*)

J'ai reçu, transmis par Mme le Premier ministre, un projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, modifiant le code des postes et des télécommunications et la loi n° 90-1170 du 29 décembre 1990 sur la réglementation des télécommunications.

Le projet de loi sera imprimé sous le numéro 355, distribué et, s'il n'y a pas d'opposition, renvoyé à la commission des affaires économiques et du Plan. (*Assentiment.*)

J'ai reçu, transmis par Mme le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de l'accord d'adhésion de la République italienne à la convention d'application de l'accord de Schengen du 14 juin 1985 entre les gouvernements des Etats de l'Union économique Benelux, de la République fédérale d'Allemagne et de la République française relatif à la suppression graduelle des contrôles aux frontières communes, signée à Schengen le 19 juin 1990.

Le projet de loi sera imprimé sous le numéro 356, distribué et, s'il n'y a pas d'opposition, renvoyé à la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement. (*Assentiment.*)

6

### DÉPÔT DE RAPPORTS

**M. le président.** J'ai reçu de M. Etienne Dailly un rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur :

1° La proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, tendant à modifier l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relatif aux commissions d'enquête et de contrôle parlementaires (n° 323, 1990-1991) ;

2° La proposition de loi de MM. Ernest Cartigny et Serge Vinçon tendant à accroître les pouvoirs de contrôle du Parlement par la modification de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relatif aux commissions d'enquête et de contrôle parlementaires et à en tirer les conséquences au niveau du statut de la commission des opérations de bourse (n° 317, 1990-1991).

Le rapport sera imprimé sous le numéro 352 et distribué.

J'ai reçu de M. Josselin de Rohan, rapporteur pour le Sénat, un rapport fait au nom de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant diverses dispositions en matière de pêches maritimes et de cultures marines (n° 325, 1989-1990).

Le rapport sera imprimé sous le numéro 353 et distribué.

7

### DÉPÔT D'UN RAPPORT D'INFORMATION

**M. le président.** J'ai reçu de MM. Jean Lecanuet, président, François Abadie, Jean Garcia, Michel Alloncle, André Rouvière, Jacques Golliet et Michel Poniatowski un rapport d'information fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées à la suite d'une mission effectuée à Cuba du 23 au 30 mars 1991.

Le rapport d'information sera imprimé sous le numéro 349 et distribué.

8

### ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au mercredi 5 juin 1991 :

A quinze heures :

1. - Suite de la discussion du projet de loi (n° 309, 1990-1991) portant réforme hospitalière, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale aux termes de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, après déclaration d'urgence.

Rapport n° 337 (1990-1991) de M. Claude Huriet, fait au nom de la commission des affaires sociales.

Conformément à la décision prise par la conférence des présidents, en application de l'article 50 du règlement, aucun amendement à ce projet de loi n'est plus recevable.

A dix-sept heures trente :

2. - Discussion des questions orales avec débat, jointes, suivantes :

I. - M. Marcel Lucotte demande à Mme le Premier ministre de lui indiquer le programme d'actions du Gouvernement dans les secteurs économiques et sociaux en crise. (N° 21.)

II. - M. Daniel Hoeffel, au vu des déclarations qu'elle a faites à l'Assemblée nationale, demande à Mme le Premier ministre de bien vouloir exposer au Sénat la politique qu'elle

entend conduire pour lutter contre le chômage, notamment dans le domaine de l'éducation et de la formation qui nécessite, plus que jamais, une décentralisation volontaire et ambitieuse, un rapprochement avec nos partenaires européens et une politique économique mieux intégrée dans un véritable projet européen, seul garant de la croissance et de l'amélioration des conditions de vie des Français. (N° 19.)

III. - M. Charles Pasqua attire l'attention de Mme le Premier ministre sur la dégradation des conditions de vie dans nos banlieues, dont les derniers événements de Mantes-la-Jolie ne constituent que l'un des dramatiques exemples.

Il lui demande de bien vouloir lui préciser les mesures qu'elle envisage de prendre pour assurer une meilleure protection des biens et des personnes, pour endiguer l'immigration clandestine et promouvoir une politique de nature à redonner espoir à la jeunesse. (N° 22.)

IV. - M. Ernest Cartigny demande à Mme le Premier ministre quelle initiative elle compte prendre, d'une part, pour mener une politique alternative afin de poursuivre la lutte contre l'inflation, mais avec des résultats meilleurs dans le domaine de l'emploi et, d'autre part, pour remédier à la faiblesse de notre industrie et à la dégradation du commerce extérieur.

Il lui demande également quel effort sera accompli par le Gouvernement pour réduire la charge du remboursement de la dette publique, rétablir les moyens des entreprises et resserrer les dépenses de l'Etat. (N° 17.)

V. - M. Claude Estier interroge Mme le Premier ministre sur les mesures qu'elle compte prendre pour améliorer la cohésion sociale dans notre pays, pour assurer la pérennité de la protection sociale à laquelle les Français sont attachés, pour mettre en œuvre la conception qu'elle a exprimée d'une nouvelle formation professionnelle, pour développer une nouvelle dynamique industrielle, en particulier dans le secteur public, enfin, et d'une façon générale, pour préparer la France à aborder dans les meilleures conditions l'échéance européenne de 1993. (N° 18.)

VI. - Suite aux premières déclarations d'intention de Mme le Premier ministre, sur sa volonté de donner un nouvel élan à la France, de « muscler l'économie française », Mme Hélène Luc lui demande quelles actions d'ampleur vont être rapidement engagées pour réduire le chômage, relancer la production industrielle, garantir et améliorer les droits sociaux, pour lutter contre l'échec scolaire en améliorant la formation du plus grand nombre, et pour investir dans ces autres choix les sommes immenses engagées dans le surarmement. (N° 20.)

VII. - M. Hubert Durand-Chastel attire l'attention de Mme le Premier ministre sur la désagrégation morale de la France, de son enseignement et de sa justice.

Dans notre monde en mutation, des événements positifs interviennent, comme, sur le plan international, l'effondrement subit des régimes totalitaires de l'Europe de l'Est, mais aussi des phénomènes plus inquiétants, comme la crise profonde qui touche actuellement la société française et se manifeste par des désordres récents. En particulier, les problèmes des banlieues, les problèmes de la justice, l'influence souvent néfaste de la télévision créent dans notre pays un climat délétère, qui requiert, de la part du pouvoir, un effort considérable dans plusieurs domaines essentiels à la bonne administration. Peuvent être cités l'enseignement et l'éducation de notre jeunesse et, aussi, la réhabilitation de deux principes fondamentaux de tout gouvernement démocratique : la morale et la justice. Une illustration de l'abandon de ces principes se trouve dans le cas Boudarel.

M. Hubert Durand-Chastel demande à Mme le Premier ministre si elle entend, dans les orientations de la politique générale du Gouvernement, réhabiliter morale et justice en France. (N° 16.)

Le soir :

3. - Suite de la discussion du projet de loi (n° 309, 1990-1991) portant réforme hospitalière, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale aux termes de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, après déclaration d'urgence.

Rapport n° 337 (1990-1991) de M. Claude Huriet, fait au nom de la commission des affaires sociales.

Conformément à la décision prise par la conférence des présidents, en application de l'article 50 du règlement, aucun amendement à ce projet de loi n'est plus recevable.

#### Délai limite pour le dépôt des amendements à un projet de loi

Conformément à la décision prise par la conférence des présidents, en application de l'article 50 du règlement, le délai limite pour le dépôt des amendements au projet de loi d'orientation relatif à l'administration territoriale de la République, adopté par l'Assemblée nationale (n° 269, 1990-1991), est fixé au mardi 11 juin 1991, à midi.

#### Délai limite pour les inscriptions de parole dans un débat

Conformément à la décision prise par la conférence des présidents, en application de l'alinéa 3 de l'article 29 bis du règlement, les inscriptions de parole dans la discussion générale du projet de loi d'orientation relatif à l'administration territoriale de la République, adopté par l'Assemblée nationale (n° 269, 1990-1991), devront être faites au service de la séance avant le lundi 10 juin 1991, à dix-sept heures.

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

(La séance est levée le mercredi 5 juin 1991, à zéro heure cinquante.)

Le Directeur  
du service du compte rendu sténographique,  
JEAN LEGRAND

### QUESTION ORALE

#### Conséquences du développement de l'aéroport de Roissy

326. - 4 juin 1991. - Mme Hélène Missoffe attire l'attention de M. le ministre de l'équipement, du logement, des transports et de l'espace sur les conséquences du développement de l'aéroport de Roissy. Il est fondamental que soient précisées les mesures indispensables pour assurer la sauvegarde de l'environnement. 350 000 habitants sont en effet concernés par les nuisances engendrées par l'aéroport. C'est pourquoi, elle lui demande de bien vouloir lui préciser ses intentions dans ce domaine, en particulier en ce qui concerne les nuisances phoniques alors que, selon la presse, les pouvoirs publics prévoient d'installer 200 000 habitants supplémentaires autour de l'aéroport dans les prochaines vingt-cinq années et de multiplier dans le même temps le trafic par trois ou quatre.

# ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL

## de la séance

### du mardi 4 juin 1991

#### SCRUTIN (N° 105)

*sur la motion n° 160, présentée par Mme Hélène Luc et les membres du groupe communiste et apparenté, tendant à opposer la question préalable au projet de loi portant réforme hospitalière, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale aux termes de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, après déclaration d'urgence.*

Nombre de votants : ..... 318  
 Nombre de suffrages exprimés : ..... 318

Pour : ..... 16  
 Contre : ..... 302

Le Sénat n'a pas adopté.

#### Ont voté pour

Henri Bangou  
 Marie-Claude  
 Beaudeau  
 Jean-Luc Bécart  
 Danielle  
 Bidard-Reydet  
 Paulette Fost

Jacqueline  
 Fraysse-Cazalis  
 Jean Garcia  
 Charles Lederman  
 Félix Leyzour  
 Hélène Luc  
 Louis Minetti

Robert Pagès  
 Ivan Renar  
 Jean-Pierre  
 Paul Souffrin  
 Hector Viron  
 Robert Vizet

#### Ont voté contre

François Abadie  
 Philippe Adnot  
 Michel d'Aillières  
 Paul Alduy  
 Michel Alloncle  
 Guy Allouche  
 Jean Amelin  
 Hubert d'Andigné  
 Maurice Arreckx  
 Jean Arthuis  
 Alphonse Arzel  
 François Autain  
 Germain Authié  
 Honoré Baillet  
 José Ballarelo  
 René Ballayer  
 Bernard Barbier  
 Bernard Barraux  
 Jean-Paul Bataille  
 Gilbert Baumet  
 Jean-Pierre Bayle  
 Henri Belcour  
 Gilbert Belin  
 Jacques Bellanger  
 Claude Belot  
 Jacques Bérard  
 Georges Berchet  
 Maryse Bergé-Lavigne  
 Roland Bernard  
 Daniel Bernardet  
 Roger Besse  
 Jean Besson  
 André Bettencourt  
 Jacques Bialski  
 Pierre Biarnes  
 Jacques Bimbenet  
 François Blaizot  
 Jean-Pierre Blanc  
 Maurice Blin  
 Marc Bœuf  
 André Bohl  
 Roger Boileau

Christian Bonnet  
 Marcel Bony  
 Amédée Bouquerel  
 Joël Bourdin  
 Yvon Bourges  
 Philippe  
 de Bourgoing  
 Jean-Eric Bousch  
 Raymond Bouvier  
 André Boyer  
 Jean Boyer  
 Louis Boyer  
 Jacques Braconnier  
 Paulette Brisepierre  
 Louis Brives  
 Camille Cabana  
 Guy Cabanel  
 Michel Caldaguès  
 Robert Calmejane  
 Jean-Pierre Camoin  
 Jean-Pierre Cantegrit  
 Jacques Carat  
 Paul Caron  
 Ernest Cartigny  
 Robert Castaing  
 Louis de Catuelan  
 Joseph Caupert  
 Auguste Cazalet  
 Gérard César  
 Jean Chamant  
 Jean-Paul Chambriard  
 Jacques Chaumont  
 Michel Chauty  
 Jean Chérioux  
 William Chervy  
 Roger Chinaud  
 Auguste Chupin  
 Jean Clouet  
 Jean Cluzel  
 Henri Collard  
 Henri Collette  
 Yvon Collin

Francisque Collomb  
 Claude Cornac  
 Charles-Henri  
 de Cosse-Brissac  
 Marcel Costes  
 Raymond Courrière  
 Roland Courteau  
 Maurice  
 Couve de Murville  
 Pierre Croze  
 Michel Crucis  
 Charles de Cuttoli  
 Etienne Dailly  
 Michel Darras  
 André Daugnac  
 Marcel Daunay  
 Désiré Debavelaere  
 Luc Dejoie  
 Jean Delaneau  
 André Delelis  
 Gérard Delfau  
 François Delga  
 Jacques Delong  
 Jean-Pierre Demerliat  
 Charles Descours  
 Rodolphe Désiré  
 André Diligent  
 Michel Doublet  
 Franz Duboscq  
 Alain Dufaut  
 Pierre Dumas  
 Jean Dumont  
 Ambroise Dupont  
 Hubert  
 Durand-Chastel  
 Bernard Dussaut  
 André Egu  
 Jean-Paul Emin  
 Claude Estier  
 Jean Faure  
 Marcel Fortier  
 André Fosset

Jean-Pierre Fourcade  
 Philippe François  
 Jean François-Poncet  
 Aubert Garcia  
 Gérard Gaud  
 Jean-Claude Gaudin  
 Philippe de Gaulle  
 Jacques Genton  
 Alain Gérard  
 François Gerbaud  
 François Giacobbi  
 Charles Ginésy  
 Jean-Marie Girault  
 Paul Girod  
 Henri Goetschy  
 Jacques Golliet  
 Marie-Fanny Gournay  
 Yves

Goussebaire-Dupin  
 Adrien Gouteyron  
 Jean Grandon  
 Paul Graziani  
 Roland Grimaldi  
 Georges Gruillot  
 Yves Guéna  
 Robert Guillaume  
 Bernard Guyomard  
 Jacques Habert  
 Hubert Haenel  
 Emmanuel Hamel  
 Nicole  
 de Hauteclouque  
 Marcel Henry  
 Rémi Herment  
 Daniel Hoeffel  
 Jean Huchon  
 Bernard Hugo  
 Claude Huriot  
 Roger Husson  
 André Jarrot  
 Pierre Jeambrun  
 Charles Jolibois  
 André Jourdain  
 Louis Jung  
 Paul Kauss  
 Philippe Labeyrie  
 Pierre Lacour  
 Pierre Laffitte  
 Christian  
 de La Malène  
 Lucien Lanier  
 Jacques Larché  
 Gérard Larcher  
 Tony Larue  
 Robert Laucournet  
 Bernard Laurent  
 René-Georges Laurin  
 Marc Lauriol  
 Henri Le Breton  
 Jean Lecanuet  
 Bernard Legrand  
 Jean-François  
 Le Grand

Edouard Le Jeune  
 Max Lejeune  
 Charles-Edmond  
 Lenglet  
 Marcel Lesbros  
 François Lesein  
 Roger Lise  
 Maurice Lombard  
 Paul Loridant  
 François Louisy  
 Pierre Louvet  
 Roland du Luart  
 Marcel Lucotte  
 Jacques Machet  
 Jean Madelain  
 Philippe Madrelle  
 Kléber Malécot  
 Michel Manet  
 Hubert Martin  
 Jean-Pierre Masseret  
 Paul Masson  
 François Mathieu  
 Serge Mathieu  
 Michel  
 Maurice-Bokanowski  
 Jean-Luc Mélenchon  
 Jacques de Menou  
 Louis Mercier  
 Daniel Millaud  
 Michel Miroudot  
 Hélène Missoffe  
 Louis Moinar  
 René Monory  
 Claude Mont  
 Geoffroy  
 de Montalembert  
 Paul Moreau  
 Michel Moreigne  
 Jacques Mossion  
 Arthur Moulin  
 Georges Mouly  
 Jacques Moutet  
 Jean Natali  
 Lucien Neuwirth  
 Henri Olivier  
 Charles Ornano  
 Paul d'Ornano  
 Georges Othily  
 Jacques Oudin  
 Sosefo Makapé Papiilio  
 Charles Pasqua  
 Bernard Pellarin  
 Albert Pen  
 Guy Penne  
 Jean Pépin  
 Daniel Percheron  
 Louis Perrein  
 Hubert Peyou  
 Jean Peyrafitte  
 Louis Philibert  
 Alain Pluchet  
 Christian Poncelet  
 Michel Poniatowski

Robert Pontillon  
 Roger Poudonson  
 Richard Pouille  
 Jean Pourchet  
 André Pourmy  
 Claude Pradille  
 Claude Prouvoyeur  
 Jean Puech  
 Roger Quilliot  
 Henri de Raincourt  
 Albert Ramassamy  
 René Regnault  
 Henri Revol  
 Roger Rigaudière  
 Guy Robert  
 Jean-Jacques Robert  
 Jacques Roccaserra  
 Nelly Rodi  
 Jean Roger  
 Josselin de Rohan  
 Roger Romani  
 Gérard Roujas  
 André Rouvière  
 Olivier Roux  
 Marcel Rudloff  
 Michel Rufin  
 Claude Saunier  
 Pierre Schiélé  
 Maurice Schumann  
 Bernard Seillier  
 Paul Séramy  
 Franck Sérusclat  
 René-Pierre Signé  
 Jean Simonin  
 Raymond Soucaret  
 Michel Souplet  
 Jacques Sourdille  
 Louis Souvet  
 Pierre-Christian  
 Taittinger  
 Fernand Tardy  
 Martial Taugourdeau  
 Jacques Thyraud  
 Jean-Pierre Tizon  
 Henri Torre  
 René Travert  
 René Trégouët  
 Georges Treille  
 François Trucy  
 Dick Ukeiwé  
 Jacques Valade  
 André Vallet  
 Pierre Vallon  
 Albert Vecten  
 André Vezinhet  
 Marcel Vidal  
 Robert Vigouroux  
 Xavier de Villepin  
 Serge Vinçon  
 Louis Virapoullé  
 Albert Voilquin  
 André-Georges  
 Voisin



**N'ont pas pris part au vote**

M. Alain Poher, président du Sénat, et M. Michel Dreyfus-Schmidt, qui présidait la séance.

**Ne peut prendre part au vote**

(En application de l'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance n° 58-1099 du 17 novembre 1958 portant loi organique pour l'application de l'article 23 de la Constitution.)

M. Marcel Debarge.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants : ..... 317

Nombre de suffrages exprimés : ..... 317

Majorité absolue des suffrages exprimés : 159

Pour l'adoption : ..... 16

Contre : ..... 301

Mais, après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.